

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 196

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 février 1904, à 1 heure

PAR PAUL LECÈNE

Né à Paris, le 30 mars 1878

Interne des hôpitaux de Paris (Prix Civile, 1903)

Prosecteur à la Faculté

Membre de la Société anatomique

LES

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES

DE L'INTESTIN GRÈLE

(Jéjuno-Iléon)

Président : M. TERRIER, Professeur.

Juges : MM. PINARD, { Professeurs.
 BRISAUD, }
 ROGER. *Agrégé.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M.	DEBOVE.
Professeurs.	MM.	
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		N...
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT.
Médecine légale		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		DEJERINE.
		N...
Clinique médicale		LANDOUZY.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants		DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DEBOVE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY.
		GAUCHER.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLIAUX.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements		GUYON.
		PINARD.
Clinique gynécologique		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEPAGE.	TEISSIER.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	MARION.	THIERY.
BEZANÇON.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOUGET.	MERY.	THOINOT.
BROCA (Aug.).	GUIART.	POTOCKI.	VAQUEZ.
BROCA (André).	HARTMANN.	REMY.	WALLICH.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	RENON.	WALTHER.
CUNEO.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef des tra-	WURTZ.
DESGREZ.	LEGREY.	vauz anatomiques.	
DUPRE.	LEGUEU.		

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. TERRIER

INTRODUCTION

Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle sont relativement très rares. Sur 20.480 autopsies faites à l'« Allgemeines Krankenhaus », de Vienne, de 1870 à 1887, Maydl (1) trouve un chiffre de 1.460 cancers ; parmi ces différents cancers, 100 avaient leur point de départ sur le tractus intestinal ; à savoir : 48 sur le *rectum*, 46 sur le *gros intestin*, (1 sur l'appendice iléo-cæcal, 9 sur le cæcum, 6 sur le côlon ascendant, 17 sur le reste du côlon et 16 sur le côlon sigmoïdien) ; il ne restait donc que 6 cancers ayant débuté sur l'intestin grêle, 2 occupaient le duodénum et 4 le jéjuno-iléon. Nothnagel (2), compulsant les registres de l'Institut pathologique de Vienne, trouva, de 1882 à 1893, sur 21.358 autopsies, 2.125 cancers, dont 243 cancers primitifs de l'intestin, répartis de la façon suivante : 114 siégeant sur le *rectum*, 118 sur le *gros intestin* (1 fois l'appendice iléo-cæcal, 14 fois le cæcum, 63 fois le côlon en général, 40 fois le côlon sigmoïdien) ; il reste donc 11 cancers primitifs de l'intestin ayant débuté 5 fois par le duodénum et 6 fois par le jéjuno-iléon.

Ces deux statistiques, intéressantes parce qu'elles portent sur un nombre de faits très considérable, observés sensiblement dans les mêmes conditions, nous montrent donc que le cancer primitif de l'intestin grêle est très rare, comparé à la fréquence du cancer du gros intestin.

Nous ne voulons traiter ici que des néoplasmes malins primitifs du jéjunum et de l'iléon ; nous laissons systématiquement de côté les

(1) Cité par NOTHNAGEL, *Die Erkrankungen des Darmes und Peritonæum*. Wien, 1893, p. 218.

(2) *Ibid.*

cancers primitifs du duodénum; en effet, ceux-ci présentent un ensemble de symptômes cliniques tout à fait particuliers, étudiés d'une façon magistrale par Pic, dans *la Revue de Médecine*, (1894, n° 12, et 1895, n° 1). Cet auteur a particulièrement insisté sur les néoplasmes primitifs de l'ampoule de Vater, dont l'ictère chronique, quelquefois intermittent, est un des traits caractéristiques. De même nous avons laissé de côté les cancers de la valvule iléo-cæcale; ceux-ci, en effet, doivent à leur siège anatomique un ensemble symptomatique qui doit les faire ranger à côté des cancers du cæcum; ils envahissent le plus souvent le cæcum, et leur description doit être faite avec les affections du segment iléo-cæcal de l'intestin.

Éliminant ainsi de parti pris les néoplasmes primitifs du duodénum et ceux de la valvule, iléo-cæcale, il ne reste que ceux développés primitivement sur le jéjunum et l'iléon. Ils sont rares, très rares, nous ne saurions trop le répéter, et, jusqu'à présent, en France, tout au moins, on n'en a guère donné de description satisfaisante. Nous pensons prouver, au cours de cette étude, que, grâce aux observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale et aux deux faits que nous avons pu observer nous-même dans le service de notre maître le professeur Terrier, nous pourrions montrer les points intéressants de l'anatomie pathologique, de la clinique et de la thérapeutique de ces néoplasmes relativement exceptionnels.

Si l'on consulte les différents traités classiques français, on verra que l'étude des tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle est tout à fait rudimentaire. Dans le *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, il en est fait mention au chapitre du « Cancer de l'intestin » (A. Mathieu, t. III, p. 499); mais, dans tout cet article, l'auteur a surtout en vue le cancer primitif du gros intestin; de même dans les *Traités de chirurgie* (Duplay-Reclus, t. IV, p. 426, et Le Dentu-Delbet, t. VII, p. 523), les auteurs des articles concernant les maladies de l'intestin n'y font qu'une allusion sommaire à propos de l'occlusion intestinale. Au contraire, en Allemagne, dans le *Traité de pathologie* publié sous la direction de Nothnagel, on trouve dans le volume consacré aux maladies de l'intestin et du péritoine (*Die Erkr. des Darmes und Peritonæum*. Wien, 1898, par Nothnagel)

deux bons articles sur les tumeurs malignes de l'intestin; dans l'un, Nothnagel décrit le cancer primitif de l'intestin en général, tout en insistant sur les tumeurs primitives du grêle; dans l'autre, l'auteur décrit en quelques pages les sarcomes primitifs de l'intestin grêle, presque inconnus chez nous. Dans le *Handbuch der praktischen Chirurgie* publié par v. Bergmann, v. Bruns et v. Mikulicz (1^{re} édition), Mikulicz a écrit un article très complet sur le cancer primitif de l'intestin et sur les sarcomes du grêle; il signale même à propos de ces derniers une observation personnelle, que nous rapportons ici d'après la thèse de v. Zuralski (V. Observations).

De même, si nous avons pu trouver en Allemagne un certain nombre de bons articles d'ensemble sur les sarcomes primitifs de l'intestin grêle (V. *infra*, Baltzer, Smoler, Libman), dans la littérature française, il n'existe que des faits épars publiés généralement sans grand commentaire. Comme travaux importants, nous n'avons pu découvrir en France qu'un mémoire déjà ancien de Du Castel et plusieurs thèses. Le mémoire de Du Castel (*Archives génér. de médecine*, 1882, t. II, p. 19) est intitulé : *Cancer primitif de l'iléon*; on y trouve cinq observations personnelles, recueillies pour la plupart chez le docteur Potain; or, toutes ces observations se rapportent au cancer de la valvule iléo-cæcale; de plus, nous avons cherché en vain dans ce mémoire les examens histologiques des cas publiés; c'est là une lacune des plus graves, car nous verrons que si l'examen macroscopique peut donner des indications utiles, il ne peut jamais permettre d'affirmer qu'il s'agit bien de cancer et non de tuberculose par exemple ou même de rétrécissement inflammatoire.

Les thèses sont celles de Haussmann (Paris, 1882), de Journet (1883) et de Badie (Lyon, 1899-1900). Dans la première, on trouve une longue statistique de cancers du gros intestin et quelques faits de cancers de l'intestin grêle; outre les cas de néoplasme de la valvule de Bauhin que nous éliminons, les faits rapportés par cet auteur sont incomplets et manquent d'examen histologique. Du reste, l'ensemble du travail traite plutôt du cancer du gros intestin.

La thèse de Journet (1883), faite sous l'inspiration de Potain et de Du Castel, ne renferme aucun fait précis nouveau. Quant à

celle de Badie (Lyon, 1899-1900), elle a trait au cancer sous-muqueux (?) de l'intestin; il n'y a non plus rien de précis à tirer de ce travail.

En somme, à part les cas isolés publiés dans les journaux et revues, nous n'avons rien trouvé dans la littérature médicale française.

Pour tous les faits que nous rapportons ici (voir les *Observations*, p. 81 et suiv.), nous avons tenu à ne citer que des observations que nous avons lues dans l'original (1). Ceci nous a permis d'éliminer un grand nombre d'observations qui manquaient d'examen histologique (par exemple celle de Pulle, *Riforma medica*, 1891, t. I, p. 868, et celle de Jeanne, *Normandie médicale*, 1900, p. 62), qui pourtant semblent bien avoir trait à des sarcomes primitifs de l'intestin grêle. Le danger de citer des travaux que l'on n'a pas lus apparaît bien dans une note insérée par Mermet dans les *Bulletins de la Soc. anatomique* (1896, p. 828). A la suite d'une observation fort bien prise et très intéressante que nous rapportons plus loin, cet auteur cite une série de cas de sarcomes primitifs de l'iléon, et parmi eux un fait publié par Wyeth, sous ce titre, *sarcoma ilei* (*Medical Record*, 1880, t. XVII, p. 326); nous nous sommes reporté à cette indication très précise et nous y avons lu que Wyeth y décrivait un sarcome de l'os iliaque (ilium et non ileum). Il est donc indispensable de lire l'original et de voir surtout, dans la question qui nous occupe, s'il y a ou non un examen histologique.

Ceci, à défaut d'autres preuves, nous paraît démontré par une observation très intéressante rapportée par M. Tixier à la *Société de chirurgie* de Lyon (t. V, 1903, p. 296); M. Tixier présente une pièce provenant d'une résection intestinale et offrant toutes les apparences d'un cancer primitif de l'intestin grêle : « La tumeur enlevée est constituée par un néoplasme annulaire et sténosant qui a amené une dilatation considérable du segment intestinal sus-jacent. D'autre part, il existe une infiltration diffuse du mésentère adjacent, lequel, bourré de ganglions, constitue une masse large

(1) Nous tenons à remercier ici, de leur obligeance, Mlle Gueskine, externe des hôpitaux, qui a bien voulu me traduire plusieurs observations russes, et Mlle Carlström, qui m'a aidé à lire plusieurs observations suédoises.

comme la main, d'une épaisseur de 5 centimètres environ. » Cette description semble répondre à un cancer, et c'était l'opinion de M. Tixier lors de sa présentation; nous avons écrit à l'auteur pour avoir des renseignements complémentaires; il nous a répondu, avec une extrême obligeance, qu'il s'agissait en réalité de *tuberculose*, l'examen ayant été fait par M. Paviot (de Lyon).

Nous décrirons d'abord les *sarcomes primitifs du jéjuno-iléon* : ces tumeurs sont en effet de beaucoup les plus fréquentes sur ce segment de l'intestin ; nous ajouterons ensuite quelques mots sur les *néoplasmes épithéliaux primitifs* de cette même partie de l'intestin, infiniment plus rares.

PREMIÈRE PARTIE

SARCOMES PRIMITIFS DE L'INTESTIN GRÊLE

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

Formes anatomiques. — Les sarcomes de l'intestin grêle peuvent se présenter sous deux formes bien distinctes : l'une, *forme circonscrite*, où l'on n'observe qu'une seule tumeur siégeant sur l'intestin et susceptible de donner ou non des métastases ; l'autre, *forme diffuse*, où l'on rencontre disséminées sur l'intestin grêle une série de tumeurs de volume variable. Cette forme diffuse est intéressante à connaître, car nous verrons qu'elle contre-indique formellement toute tentative opératoire d'ablation radicale.

Nous nous sommes servi, pour établir les principaux caractères anatomo-pathologiques du sarcome de l'intestin de 45 observations complètes, avec autopsie et examen histologique. Si l'on veut comparer la fréquence des deux formes, circonscrite et diffuse, signalées plus haut, voici les chiffres : sur 45 cas, 29 fois la tumeur intestinale primitive était unique (avec ou sans métastases, nous le verrons plus tard), et 16 fois il existait des tumeurs multiples sur l'intestin grêle ; le cas de Rovsing, par exemple, et celui de Nothnagel (II),

sont particulièrement intéressants à ce point de vue ; l'intestin grêle, sur presque toute son étendue, mais surtout au niveau de l'iléon, était recouvert de tumeurs du volume d'une noix ou d'une noisette (Rovsing), plus petites encore (pois ou haricots, dans l'observation de Nothnagel. Dans d'autres faits nous voyons signalées 4 tumeurs (Homolle), 12 tumeurs polypiformes (Sternberg). Ajoutons dès maintenant (nous y reviendrons plus longuement à propos de l'histologie de ces tumeurs) que dans tous les cas de tumeurs multiples il s'agissait de sarcome globo-cellulaire ou de lymphosarcome.

Si l'on veut savoir la fréquence avec laquelle les différents segments de l'intestin grêle sont intéressés par les sarcomes, voici quelques chiffres :

Angle duodéno-jéjunal	3 cas.
Jéjunum	40 —
Iléon.	16 —
Fin de l'iléon.	5 —
Total	34 cas

C'est donc sur l'iléon que le sarcome primitif se développe le plus fréquemment (47,5 p. 100 des cas) ; le jéjunum vient en seconde ligne, avec une fréquence un peu moindre (28,9 p. 100) ; enfin, l'angle duodéno-jéjunal (8,7 p. 100) et la terminaison de l'iléon (14 p. 100) sont bien plus rarement intéressés.

Caractères macroscopiques. — Quelle que soit la forme anatomique du sarcome de l'intestin à laquelle on ait affaire (forme circonscrite ou forme diffuse), la tumeur se présente en général avec des caractères macroscopiques analogues ; le néoplasme, de volume très variable suivant les cas, mais en général assez gros (tête d'enfant, tête d'adulte, grosse orange, est *infiltré dans l'épaisseur des tuniques de l'intestin*. Extérieurement l'anse intestinale malade est *irrégulière, bosselée* (voir la figure de notre observation personnelle, pl. I). Sur ce point, presque toutes les observations que nous avons recueillies concordent ; les bosselures sont de forme et de volume variables ; certaines de ces saillies sont de couleur noirâtre, ou rouge foncé ; elles correspondent le plus souvent à des hémorragies interstitielles, véritables apoplexies qui se sont produites dans

l'épaisseur de la tumeur. Ce fait n'est pas particulier aux sarcomes de l'intestin ; on sait qu'il est fréquent dans toutes les variétés de sarcomes : sarcomes des os ou des parties molles. La couleur du néoplasme est en général blanchâtre, blanc rosé, jaunâtre ; sa consistance est le plus souvent molle à la coupe, la surface de section montre très souvent des foyers de nécrose, reconnaissables à leur couleur jaune pâle, qui rappelle celle des infarctus anémiques des viscères (rein, rate). Ces foyers de nécrose interstitiels, dus très probablement à une insuffisance de vascularisation de la tumeur, sont intéressants à connaître, car ils expliquent la formation des kystes à l'intérieur des sarcomes. On sait qu'il n'est pas rare de rencontrer à la coupe d'une de ces tumeurs des formations kystiques contenant parfois du sang, parfois un liquide séreux ou brunâtre. Si l'on vient à examiner histologiquement ces kystes, on voit qu'ils sont formés par une lacune, une véritable perte de substance au milieu du tissu néoplasique ; ces kystes n'ont pas de paroi propre, a fortiori pas de revêtement endothélial ni épithélial ; ils renferment encore quelquefois des amas de tissus nécrosés, dont la résorption partielle a été la cause même de leur développement : ce sont donc de *pseudo-kystes* bien différents de ceux que l'on rencontre à l'intérieur des épithéliomes kystiques par exemple. En outre, la présence de foyers de nécrose interstitielle dans l'épaisseur des sarcomes n'est peut-être pas sans influence sur l'apparition de la fièvre au cours de l'évolution de ces tumeurs. Même lorsque le néoplasme sarcomateux n'est pas ulcéré ni infecté secondairement, on voit assez souvent survenir des accès de fièvre ; il est très vraisemblable d'attribuer cette fièvre à la résorption des déchets cellulaires provenant de ces foyers nécrotiques.

Sur la surface de section d'un sarcome intestinal, on reconnaît parfois assez facilement les différentes tuniques qui constituent la paroi intestinale, surtout si l'on a soin de regarder au niveau de la zone de transition entre le tissu sain et celui de la tumeur. Notre figure histologique 1 reproduit une coupe du sarcome de l'intestin à un très faible grossissement ; on reconnaît bien la muqueuse de l'intestin grêle, avec ses villosités, d'ailleurs peu développées, (mais cette pièce provient d'une autopsie). Au-dessous d'elle la sous-muqueuse est infiltrée d'éléments sarcomateux, mais cepen-

dant encore reconnaissables ; enfin, au-dessous de celle-ci, on aperçoit la musculature de l'intestin grêle, complètement infiltrée et en partie dissociée par le sarcome. La séreuse, extérieurement, est difficile à voir à un aussi faible grossissement, elle existait encore intacte, recouvrant la paroi de l'intestin malade. Si, au contraire, on regarde des coupes macroscopiques d'un sarcome intestinal déjà très développé, il est quelquefois impossible de reconnaître les éléments constitutants de la paroi de l'intestin. Toute celle-ci est transformée en une masse blanchâtre, molle, plus ou moins homogène, quelquefois parsemée d'hémorragies interstitielles ou de foyers de nécrose.

Du côté de la muqueuse, il est très fréquent d'observer des *ulcérations* ; sur 45 observations, nous voyons que 25 fois la présence d'une ou plusieurs ulcérations est signalée. Ces ulcérations sont en général profondes ; elles sont recouvertes d'un enduit verdâtre, d'odeur fétide, correspondant à des tissus sphacelés et infectés secondairement par les microbes du canal intestinal. Ces ulcérations sont intéressantes à plusieurs points de vue, et tout d'abord, elles expliquent très simplement l'existence de la fièvre, souvent constatée, nous le verrons, au cours de l'évolution des tumeurs de l'intestin grêle ; d'autre part, ces ulcérations peuvent arriver, en détruisant progressivement toute l'épaisseur de la paroi intestinale, à la perforer. Ce fait n'est pas très fréquent ; cependant, sur nos 45 cas, nous en comptons 3 exemples avec péritonite généralisée ; dans 2 autres observations, les ulcérations n'avaient respecté que la très mince séreuse, et l'intestin était par conséquent en imminence de perforation. Enfin, l'ulcération progressive de la paroi de l'intestin grêle par la tumeur peut amener la communication de la cavité avec celle des viscères voisins (vessie, 1 cas ; rectum, 1 cas).

Le sarcome de l'intestin grêle envahit, dans la majorité des cas, qu'il soit unique ou multiple, la totalité de la circonférence de l'intestin grêle. Dans la plupart de nos observations, le fait est signalé d'une façon précise : l'intestin est encerclé, engainé par la tumeur. Mais, fait des plus importants et qui peut quelquefois permettre de distinguer à l'œil nu le sarcome d'avec l'épithélioma ou la tuberculose à forme hypertrophique, *l'intestin n'est pas rétréci* par la tumeur. Bien au contraire, dans la majorité des cas, il y a, au niveau

du point où l'intestin est envahi par le sarcome, une *dilatation parfois considérable du calibre intestinal* ; certains auteurs disent même une *dilatation anévrysmale*, comparant l'augmentation subite de la lumière intestinale aux ectasies artérielles. (Voir les cas de Moxon, Bessel-Hagen, Haas, Baltzer, Pépin, Debrunner, Libman, Senger, Booth.) Sur nos 45 observations, dans 2 cas seulement (Rutherford, 2^e observation personnelle) il y avait une sténose très marquée de la lumière de l'intestin ; dans 5 autres faits, la tumeur avait provoqué une diminution notable du calibre intestinal, mais sans sténose véritable, puisque l'on pouvait encore passer le doigt dans la lumière de l'intestin. Dans les 38 autres observations où la lumière intestinale avait ses dimensions normales, ou, plus souvent encore, elle était dilatée.

Dans notre observation personnelle II, l'intestin grêle était très rétréci au niveau de la tumeur et ce n'est qu'avec difficulté que l'on put passer une sonde pour retrouver la lumière intestinale. Ce fait est dû, croyons-nous, à ce que la tumeur n'avait pas envahi toute la circonférence de l'intestin grêle ; dans ce cas, en effet (il en était d'ailleurs de même dans l'observation de Rutherford), la tumeur développée du côté de l'insertion mésentérique de l'intestin avait envahi rapidement le mésentère, où elle formait plusieurs masses bosselées, dont l'une était saillante dans la lumière de l'intestin ; l'anse grêle malade s'était enroulée en quelque sorte autour de la tumeur mésentérique et il en était résulté une coudure très brusque qui rétrécissait beaucoup le calibre de l'intestin. Ce fait, joint à celui de Rutherford, nous conduirait à conclure que lorsque la tumeur est développée sur un seul côté de l'intestin, et surtout au niveau de l'insertion du mésentère, il se produit quelquefois *de la sténose par coudure de l'intestin* ; ceci différencie le sarcome d'avec le carcinome annulaire, qui produit un rétrécissement de l'intestin par rétraction fibreuse de toute l'épaisseur de la paroi.

Voici donc un fait bien particulier ; — il différencie complètement le sarcome de l'intestin d'avec le cancer annulaire, qui détermine quelquefois une sténose si serrée du calibre intestinal que l'on n'y passe qu'avec difficulté une petite sonde. Nous reviendrons à propos des symptômes sur ce caractère important des sarcomes du grêle.

Il est d'ailleurs assez difficile d'en donner une explication satisfaisante; peut-être l'infiltration progressive et la destruction finale des fibres musculaires lisses de l'intestin par une tumeur qui ne provoque aucune réaction de défense du tissu conjonctif (comme le font par exemple les petits épithéliomas annulaires à stroma conjonctif dense du gros intestin) est-elle encore l'explication la plus simple et la plus rationnelle. En tous cas, le fait acquis, bien observé, reste.

Dans 2 observations seulement (Homolle, Sternberg), il est noté que les tumeurs sarcomateuses, multiples dans les 2 cas, étaient *polypiformes et ulcérées*; elles avaient d'ailleurs donné lieu, dans ces deux faits, à des invaginations multiples. Il est probable que dans l'observation de Wallenberg, le sarcome de l'iléon éliminé après invagination, était aussi plus ou moins pédiculé. En effet, on ne conçoit guère autrement que le sarcome du grêle, *tumeur diffuse, infiltrant* toute la circonférence de l'intestin et en provoquant souvent la dilatation, puisse donner lieu à une invagination intestinale. Aussi sur 45 observations, cet accident n'est-il noté que 3 fois.

Quelquefois le sarcome de l'intestin grêle, lorsqu'il appartient à la variété du sarcome fuso-cellulaire, ce qui est l'exception, se présente sous un autre aspect. La tumeur est de consistance beaucoup plus ferme; sa couleur est blanc jaunâtre; les hémorragies interstitielles et les foyers de nécrose sont bien plus rares, bien que cependant on les ait aussi observés dans ces cas. Notre deuxième observation personnelle répondait à cette variété; de même le cas de Steiner et celui de Lange; dans cette dernière observation, il existait même, et ce fait est jusqu'à présent unique, des zones *decalcification*.

Le sarcome de l'intestin pendant toute une période de son évolution reste localisé à l'anse intestinale sur laquelle il a pris naissance; mais au moment de l'opération ou de l'autopsie, il n'est pas rare de rencontrer des adhérences de la tumeur avec les organes voisins, sans parler des métastases mésentériques et ganglionnaires sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

Sur nos 45 observations nous trouvons notées 6 fois des adhérences à la vessie; dans un cas déjà signalé, ce viscère était même perforé par le néoplasme; dans un cas, il y avait des adhérences

avec le côlon transverse; dans un autre, au côlon pelvien; dans un autre, envahissement du cæcum; enfin, dans deux autres, du rectum, qui une fois même était ulcéré et perforé.

Dans une seule observation, le néoplasme formait un magma diffus, agglutinant un paquet d'anses intestinales grêles, le tout adhérent à la paroi abdominale antérieure. Dans tous les autres faits (soit $3\frac{1}{4}$ sur 45), la tumeur intestinale n'était pas adhérente aux viscères voisins. Ce fait, nous le verrons, a une grande importance chirurgicale, puisque les possibilités d'extirpation sont fonction de l'absence d'adhérences étendues, mise à part la question des sarcomes multiples ou des métastases.

Pour étudier la *propagation* du sarcome de l'intestin, nous diviserons les faits de la façon suivante:

1° *Métastases ganglionnaires régionales (mésentériques)*;

2° *Métastases ganglionnaires à distance*;

3° *Métastases viscérales*;

4° *Métastases péritonéales*;

5° *Métastases dans le reste du canal intestinal.*

1° *Métastases ganglionnaires régionales.* — Dans 34 cas sur 45, il existait, au moment de l'autopsie, des métastases ganglionnaires mésentériques, c'est-à-dire dans 75,5 p. 100 des cas, soit les $3\frac{1}{4}$.

Ce fait, on le comprend, a une importance chirurgicale des plus grandes; il en découle, au point de vue thérapeutique, la nécessité absolue d'enlever les métastases mésentériques, si l'on veut avoir une guérison de quelque durée.

Il faut même noter que souvent les métastases mésentériques forment une tumeur très volumineuse d'un volume égal ou même supérieur à celui de la tumeur intestinale primitive (voir par exemple les observations de Pépin, Eiger, Hammer).

2° *Métastases ganglionnaires à distance.* — Ces métastases s'observent beaucoup moins souvent que les précédents. Dans 3 cas (sur 45), nous trouvons notées des métastases dans les ganglions rétro-péritonéaux; dans 3 cas également, les ganglions du médiastin furent trouvés pris; dans 3 cas, les ganglions sus-claviculaires gauches et cervicaux étaient envahis.

Dans une des observations des Liman, les ganglions iliaques étaient très augmentés de volume et comprimaient les urètres.

Ces exemples de métastases dans des ganglions aussi éloignés correspondent à des faits où il existait en général des métastases viscérales et surtout péritonéales. Ceci est très important, car nous verrons que pour expliquer l'invasion des ganglions médiastinaux, cervicaux et sus-claviculaires, l'infection primitive de la séreuse péritonéale est de première importance et permet d'expliquer ces métastases sans invoquer l'envahissement du canal thoracique.

3° *Métastases viscérales.* — Sur nos 45 observations nous trouvons mentionnée 14 fois l'existence de métastases viscérales; elles occupaient :

- 6 fois le foie;
- 10 fois les reins;
- 1 fois le sternum;
- 1 fois la grande lèvre;
- 1 fois le poumon;
- 1 fois la plèvre et le poumon;
- 1 fois le pancréas.

Parmi ces métastases viscérales nous ne comprenons pas les cas de noyaux métastatiques sous-péritonéaux occupant le revêtement séreux des organes abdominaux : ces faits doivent être rangés à côté des métastases péritonéales, dont ils ne sont qu'une variété.

4° *Métastases péritonéales.* — Dans 8 observations sur 45, il existait des métastases péritonéales diffuses sous forme de nodules sous-séreux disséminés. Dans un cas, le péritoine pelvien seul était couvert de noyaux secondaires; dans un autre fait, le grand épiploon et tous les appendices épiploïques du gros intestin étaient farcis de noyaux métastatiques; dans une autre observation, un sac de hernie crurale était couvert de noyaux sarcomateux secondaires. Dans deux des observations où il existait des métastases péritonéales diffuses, on trouve noté que dans un cas la face inférieure du diaphragme et la face externe du foie étaient recouvertes de noyaux secondaires confluent; dans l'autre fait, il existait des métastases sous-péritonéales à la surface de la rate, de la vésicule biliaire et sur le reste du péritoine.

Remarquons que dans presque tous ces faits de péritonite cancéreuse secondaire il existait, comme c'est d'ailleurs la règle, de l'ascite trouble ou sanguinolente. Si maintenant nous rapprochons

les cas de métastases ganglionnaires éloignées (médiastinales cervico-sus-claviculaires) de ceux où il existait de la dissémination péritonéale, nous trouvons que *trois* fois le péritoine était infecté en même temps que les ganglions médiastinaux, la plèvre et les ganglions cervico-sus-claviculaires. Ce fait est très intéressant et remet en question l'explication donnée par Troisier de l'envahissement des ganglions sus-claviculaires gauches dans les néoplasmes abdominaux : s'il est bien démontré que dans quelques cas on a pu trouver à l'autopsie des thromboses cancéreuses étendues du canal thoracique, qui expliquaient très simplement l'envahissement des ganglions sus-claviculaires gauches, il n'en est pas moins certain que souvent on trouve les ganglions sus-claviculaires pris sans qu'aucune lésion du canal thoracique puisse être constatée à l'autopsie : il est vrai que l'on peut admettre sans grande invraisemblance que des cellules cancéreuses ont pu être charriées par le canal thoracique et amenées ainsi jusque dans les ganglions sus-claviculaires, sans qu'il existe de lésions appréciables du canal thoracique; mais à côté de cette explication, qui peut être acceptée pour quelques cas, Küttner (1), dans un article récent sur les lymphatiques du diaphragme, en propose une autre, qui nous paraît bien préférable.

Cet auteur a remarqué sur de nombreuses pièces injectées, d'après la méthode de Gerota, que très souvent on trouvait un groupe de vaisseaux lymphatiques, qui se rendaient directement du ligament supérieur du foie et de la face inférieure du diaphragme à travers cet organe dans les vaisseaux lymphatiques qui accompagnent l'artère mammaire interne derrière le plastron sterno-costal; ces vaisseaux lymphatiques, arrivés dans la région sus-claviculaire, se jettent en partie dans la veine sous-clavière, en partie directement dans les ganglions sus-claviculaires gauches et en particulier dans un ganglion placé au-devant du scalène antérieur, au-dessus de la veine sous-clavière, et répondant par conséquent exactement au siège de l'adénopathie sus-claviculaire gauche de Troisier.

L'auteur donne une planche très nette où se trouvent représentés

(1) KÜTTNER, Die perforierende Lymphgefäße des Zwerchfells. *Beiträge zur klin. Chir.*, 1903, Bd. 40, p. 136.

ces vaisseaux lymphatiques. Ce fait nous semble très intéressant, car il explique d'une façon très satisfaisante l'adénopathie sus-claviculaire gauche consécutive aux cancers de la cavité abdominale, lorsque le canal thoracique est trouvé sain à l'autopsie, ce qui est loin d'être rare.

5° *Métastases dans le reste du canal intestinal.* — Nous avons déjà vu au début de ce chapitre que l'on pouvait rencontrer deux formes anatomo-pathologiques du sarcome de l'intestin :

1° Une forme limitée circonscrite, où il existe une seule tumeur avec ou sans métastases ;

2° Une forme diffuse, où l'on rencontre, disséminés le long de l'intestin grêle, une série de néoplasmes du même type histologique.

Nous avons vu que si la première forme était la plus fréquente (29 cas sur 45), la seconde n'était cependant pas exceptionnelle (16 fois sur 45).

Pour cette seconde catégorie de faits, répondant à notre forme diffuse, il s'agit de savoir si la multiplicité des tumeurs est due à l'existence de métastases le long de l'intestin grêle ou à l'évolution simultanée de plusieurs tumeurs du même type. Dans certaines observations (celles de Kraus, Flexner), il semble bien qu'il s'agisse de plusieurs néoplasmes évoluant simultanément en différents points de l'intestin grêle ; les tumeurs sont de même volume, de même étendue, et il nous semble bien difficile d'admettre que les unes soient secondaires aux autres. Au contraire, dans d'autres observations (Moxon, Genersisch, Smoler), il est bien vraisemblable que la tumeur principale, toujours plus volumineuse et plus avancée dans son évolution, a donné naissance à une série de métastases irrégulièrement distribuées sous forme de nodules sous-muqueux et interstitiels dans le reste de l'intestin grêle ; remarquons à ce propos que l'appendice iléo-cœcal est ainsi trouvé envahi à distance dans 2 cas et un diverticule de Meckel dans un autre. Ce qui, dans ces faits, peut conduire à penser qu'il s'agit plutôt de métastases que de néoplasmes évoluant simultanément, c'est que les noyaux trouvés à distance de la tumeur sont plus petits et certainement plus récents dans leur apparition. Il est plus difficile de savoir avec certitude par quelle voie se font ces métastases ; il est bien proba-

ble cependant qu'il s'agit là de métastases par la voie lymphatique; remarquons, en effet, que 12 fois sur 16 les noyaux multiples de l'intestin grêle ont été observés en même temps que des généralisations fort étendues dans les ganglions mésentériques ; nous savons d'autre part que la muqueuse intestinale forme une sorte d'immense réseau lymphatique, conglobé en certains points sous forme de follicules clos et de plaques de Peyer ; s'il existe des métastases dans les ganglions du mésentère, quoi d'étonnant à ce que, par voie rétrograde, les cellules sarcomateuses se diffusent dans la muqueuse de l'intestin grêle. Si cette explication ne semble pas valable pour tous les cas, on peut encore admettre qu'il s'agit de greffes secondaires néoplasiques, bien que ce soit là un fait d'observation plus rare, dont il existe cependant des observations authentiques (*Impfmetastasen* des Allemands). Remarquons d'ailleurs, à l'appui de notre hypothèse de la généralisation par voie lymphatique, que dans aucun cas on n'a observé de noyaux secondaires métastatiques dans le gros intestin, dont la circulation lymphatique est relativement indépendante de celle de l'intestin grêle.

Remarquons en terminant que l'intérêt de l'interprétation de ces noyaux sarcomateux multiples est d'ailleurs purement théorique; le fait intéressant, en pratique, qu'il faut bien connaître et retenir, c'est que souvent (16 fois sur 45) il existe dans l'intestin grêle des noyaux multiples ; nous reviendrons sur ce fait à propos des indications de l'intervention chirurgicale.

CHAPITRE II

Histologie pathologique.

Voici la fréquence avec laquelle on observe les différentes variétés du sarcome dans l'intestin grêle, d'après nos observations :

1° Cas de sarcomes de l'intestin non opérés :

Sarcomes globo-cellulaires	21
Sarcomes fuso-cellulaires	5
Lympho-sarcomes	15
Sarcome alvéolaire	1
Sarcome mixte (fuso-globo-cellulaire). . .	1
Sarcome (sans autre désignation)	1
	44

2° Cas de sarcomes de l'intestin opérés :

Sarcomes globo-cellulaires	18
Sarcomes fuso-cellulaires	6
Sarcome (sans autre désignation)	4
Lympho-sarcomes.	6
Sarcomes alvéolaires	2
Myo-sarcomes.	2
Myxo-sarcome.	1
Fibro-sarcome.	1
	40

D'après ces statistiques nous voyons que le sarcome globo-cellu-

laire est toujours le plus fréquent; viennent ensuite le sarcome fuso-cellulaire et le lympho-sarcome; enfin, beaucoup plus rarement sont signalés les myo-sarcomes, le fibro-sarcome et le myxo-sarcome; mais ici, une remarque s'impose: on sait que, si actuellement la classification et la délimitation exacte des tumeurs épithéliales est bien arrêtée et admise à peu près par tous, il est loin d'en être de même pour les sarcomes. Ce groupe de tumeurs malignes est actuellement encore des plus confus, et les différents anatomo-pathologistes ne sont pas d'accord sur la classification. Ceci est surtout vrai pour les lympho-sarcomes; dans nombre d'observations étrangères, nous trouvons formulés des diagnostics histologiques de la façon suivante: « Sarcome formé de petites cellules rondes avec un réticulum très peu développé, c'est-à-dire lympho-sarcome. » Évidemment une telle façon de comprendre les choses est loin d'être admise par tous; le lympho-sarcome est une variété de tumeurs conjonctives des plus mal définies à l'heure actuelle.

Voici par exemple l'opinion du docteur Brault (in *Manuel d'histologie pathologique* de Cornil et Ranvier, 3^e édition, 1901, t. I, p. 430): « Les lymphadénomes sont constitués par des néoformations correspondant au tissu adénoïde de His, ou tissu conjonctif réticulé. Cette disposition suffit pour les définir, car aucune autre tumeur ne la présente. Les termes de lympho-sarcome et de lympho-carcinome doivent être rejetés comme inutiles et capables d'entretenir la confusion. Quant aux sarcomes divers nés dans les ganglions ou propagés à eux, on les appellera simplement sarcomes ganglionnaires; ils n'appartiennent pas à la classe des productions adénoïdes ou réticulées. » Si, par contre, nous consultons les traités d'histologie pathologique classiques en Allemagne, nous voyons que Ribbert (*Lehrbuch der allgem. Pathologie*. Leipzig, 1901, p. 495) considère le terme de lympho-sarcome comme synonyme de lymphadénome, puisque pour lui l'élément caractéristique du lympho-sarcome est son réticulum, analogue à celui des ganglions lymphatiques; de même Ze'igler (*Lehrbuch der allgemeinen Pathologie*. Jéna, 1898, t. I, p. 424) dit que « le lympho-sarcome est une variété de sarcome globo-cellulaire, qui reproduit la disposition du tissu réticulé des ganglions lymphatiques, avec un réticulum portant les vaisseaux de la tumeur ». On voit que l'entente est loin d'être faite sur ce

point et que les auteurs ne sont d'accord que sur un seul fait, l'existence du réticulum, analogue à celui des ganglions. Or, dans nombre d'observations étrangères où le diagnostic est étiqueté lympho-sarcome primitif de l'intestin grêle, l'auteur n'insiste guère sur la présence de ce réticulum ni sur ses rapports avec les cellules. Si nous considérons, d'autre part, que la muqueuse de l'intestin grêle est très riche en tissu réticulé (follicules clos, plaques de Peyer), il est certain qu'un sarcome globo-cellulaire infiltrant cette muqueuse peut sembler posséder un réticulum qui en réalité ne lui appartient pas en propre. Il nous semble donc que l'étiquette lympho-sarcome (en admettant que l'on conserve ce terme, ce qui est fort discutable) ne peut être appliquée qu'à une tumeur où le réticulum est parfaitement net; aussi croyons-nous que plusieurs des observations étrangères que nous citons ici et où se trouve formulé le diagnostic lympho-sarcome, sont en réalité des sarcomes globo-cellulaires de l'intestin grêle. ■

Pour notre part, dans nos deux observations, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer deux variétés différentes de sarcomes; dans notre première observation, il s'agissait de sarcome globo-cellulaire; dans la seconde, de sarcome fuso-cellulaire. C'est d'après ces deux faits que nous avons soumis à un examen histologique approfondi, que nous décrirons les caractères de ces deux grandes classes des tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle.

Sur des coupes de la tumeur de l'observation I (voir pl. 1, 2 et 3), regardées à un faible grossissement, on voit que toute l'épaisseur de la paroi intestinale est infiltrée par des amas de cellules arrondies; la muqueuse est encore visible: on aperçoit quelques villosités en parties dépourvues d'épithélium (mais la pièce provient d'une autopsie). La sous-muqueuse est encore reconnaissable, mais déjà très infiltrée; le muscularis mucosæ est conservé; c'est au niveau de la couche des fibres musculaires lisses de l'intestin que les lésions sont les plus marquées; les fibres circulaires surtout sont complètement désorganisées, dissociées par l'infiltration des petites cellules rondes. Cette infiltration se poursuit jusqu'à la sous-séreuse; le revêtement péritonéal est conservé. A ce grossissement (voir fig. 1) on ne peut guère voir autre chose; il faut noter cependant que l'ensemble de la paroi intestinale est très épaissi.

Celle-ci mesure 2 centimètres, alors que la paroi de l'intestin grêle normal ne mesure pas plus de 5 à 6 millimètres. Si l'on regarde maintenant les coupes à un plus fort grossissement (fig. 2), on aperçoit les particularités histologiques qui peuvent permettre de faire le diagnostic. Les cellules qui constituent le néoplasme sont quelquefois arrondies, mais souvent aussi irrégulièrement polyédriques; leurs noyaux sont vivement colorés par l'hématoxyline et le bleu de Unna; quelques-uns de ces noyaux sont en division indirecte: le protoplasme de ces éléments cellulaires est en général assez peu abondant; il se colore en rose par l'éosine et en jaune par le van Gieson; la taille des cellules est à peu près la même dans tous les points de la tumeur; si l'on examine les rapports de ces cellules avec les vaisseaux, on s'aperçoit qu'en bien des points les vaisseaux sont représentés simplement par des lacunes creusées dans l'épaisseur même des éléments de la tumeur. En d'autres points, on reconnaît les vaisseaux préexistants de la paroi intestinale, entourés d'un très grand nombre de cellules arrondies présentant les caractères décrits ci-dessus. Nulle part nous n'avons trouvé de *reticulum* net dans la tumeur; il existe bien par endroits des fibrilles connectives (colorées en rouge par le van Gieson) qui séparent les cellules les unes des autres sur une petite étendue, mais sur des coupes secouées dans l'eau distillée, il est impossible de découvrir un vrai réticulum comparable à celui des organes lymphoïdes. Nulle part nous n'avons trouvé de cellules géantes plurinucléées; partout le même type de cellules arrondies ou irrégulièrement polyédriques se rencontre. En un point de la préparation, on voit un îlot irrégulier, découpé dans l'épaisseur de la tumeur, où aucun élément cellulaire ne se colore, c'est un de ces foyers de nécrose rencontrés si fréquemment dans les sarcomes.

En résumé, il s'agit dans cette première observation d'un sarcome globo-cellulaire de l'intestin grêle, qui a envahi toute l'épaisseur des tuniques de l'intestin, mais sans ulcérer la muqueuse, au moins en ce point. L'examen histologique permet d'écarter à coup sûr la tuberculose, car nous ne trouvons ici aucune des formations histologiques qui caractérisent cette infection: pas de follicules tuberculeux, pas de cellules géantes, pas d'îlots de caséification.

Dans notre seconde observation (voir fig. 4) il s'agit d'une tumeur

d'un type tout différent : sur des préparations comprenant toute l'épaisseur de la paroi intestinale, en plein centre de la tumeur, il est impossible de reconnaître aucun des éléments histologiques constituant cette paroi. La muqueuse a disparu, il ne reste que çà et là, dans les parties les plus superficielles de la tumeur, quelques culs-de-sac glandulaires, restes des glandes de Lûberkûhn détruites. On ne trouve plus trace de la couche musculaire : sur des coupes traitées par la méthode de van Gieson, aucun élément cellulaire ne donne la réaction caractéristique des fibres musculaires lisses. Toute la paroi de l'intestin grêle est remplacée par un tissu néoplasique qui présente les caractères histologiques suivants : il est formé de cellules à corps protoplasmique plus ou moins fusiforme, allongées toutes dans le même sens et formant ainsi des bandes parallèles. Entre ces éléments cellulaires fusiformes on rencontre très souvent de fines fibrilles du tissu conjonctif, colorées en rouge par le van Gieson ; les noyaux de ces cellules sont volumineux, souvent en division indirecte atypique ; dans quelques cellules même on trouve 5 ou 6 noyaux accolés ensemble au centre de la cellule et formant une masse bourgeonnante. Si l'on cherche les vaisseaux de cette tumeur, on voit que si, par places, on en trouve de bien constitués, en d'autres points ils sont représentés simplement par des lacunes sans paroi propre creusées, au milieu des cellules fusiformes. Nulle part sur nos coupes nous n'avons trouvé de foyers de nécrose, mais çà et là quelques îlots d'hémorragies interstitielles.

Il s'agit donc ici d'un sarcome fuso-cellulaire qui a détruit toutes les couches constituantes de la paroi intestinale, qui a ulcéré la muqueuse et donne à la paroi intestinale une épaisseur de 1 centimètre environ (le double de la normale).

Voici donc les *deux types* histologiques les plus fréquents, d'après nous, de sarcomes de l'intestin grêle. (Nous laissons de côté les lympho-sarcomes pour les raisons exposées plus haut.)

Nous avons vu, au cours de notre statistique du début, que certains auteurs avaient décrit des *myo-sarcomes* primitifs de la paroi intestinale. Si nous nous reportons à la description que donnent Bales et Nanu de leur examen histologique et à la figure qui l'accompagne, nous ne voyons là rien de concluant en faveur de leur

hypothèse; il s'agirait, d'après eux, d'un sarcome développé aux dépens des fibres musculaires lisses de la paroi intestinale; mais leur figure et leur description peuvent très bien être interprétées dans un autre sens: un sarcome fuso-cellulaire détruisant les couches musculaires de l'intestin grêle donnerait absolument le même aspect histologique. Que le sarcome dans l'observation qu'ils rapportent ait débuté par le tissu conjonctif de la couche musculaire de l'intestin grêle, rien de plus possible, mais que ce soient les fibres musculaires elles-mêmes qui se transforment en cellules sarcomateuses comme le veulent les auteurs, voilà qui nous semble infiniment douteux et en tous cas non démontré par leur description. De même dans l'observation de Steiner que l'auteur étiquète *myoma sarcomatosum jejuni*, nous voyons qu'il s'agit d'un fibro-myome de la paroi de l'intestin dégénérant en sarcome à sa périphérie. Rien là non plus ne nous permet de croire qu'il s'agisse de la transformation des fibres musculaires lisses en sarcome; c'est donc un sarcome fuso-cellulaire développé sur un fibro-myome préexistant, que l'on retrouve pur dans les parties centrales de la tumeur.

On voit donc que ces deux observations de « myo-sarcome » primitif de l'intestin grêle ne nous semblent nullement probantes et ne méritent pas le titre particulier que leur décernent leurs auteurs.

Dans 3 autres faits, nous voyons formulé le diagnostic de *sarcome alvéolaire*; ce terme histologique, introduit par Billroth dans la nomenclature et usité surtout en Allemagne, désigne tout simplement une variété du sarcome globo-cellulaire où les cellules sont disposées en amas plus ou moins volumineux, entourés par des bandes de tissu conjonctif plus ou moins développées.

Il ne s'agit pas d'une variété particulière de sarcome, mais simplement d'un aspect histologique un peu spécial. (Nous avons observé une fois, au niveau du maxillaire supérieur, un sarcome primitif de l'os qui reproduisait cet aspect alvéolaire de la façon la plus nette, mais dont les cellules répondaient à la description habituelle du sarcome globo-cellulaire.)

Enfin, dans un seul cas, nous avons vu rapporté un myxo-sarcome (Mac Burney); dans un autre fait également isolé, il s'agissait de fibro-sarcome, en partie calcifié (Lange).

Nous nous sommes demandé si les faits que nous avons rassemblés ici contrôlaient l'opinion généralement admise, que le sarcome fuso-cellulaire est d'une malignité moins grande que le sarcome globo-cellulaire. En ne nous en tenant qu'aux observations avec autopsie, nous voyons que dans 6 cas de sarcome fuso-cellulaire, 3 fois, à l'autopsie, on ne constata aucune métastase ; 3 fois, au contraire, il y avait des métastases ganglionnaires ou viscérales et même de la généralisation péritonéale. Donc dans 50 p. 100 des cas, pas de métastases ; dans 50 p. 100 des cas, généralisation. Si nous considérons, d'autre part, les faits de sarcome globo-cellulaire (de beaucoup les plus fréquents), nous voyons que sur 39 cas, 3 fois seulement il n'y avait pas de métastases ni viscérales ni ganglionnaires, ce qui nous donne 7 p. 100 des cas sans métastases et 93 p. 100 avec métastases.

Il est donc certain (même en tenant compte de la moindre fréquence des observations de sarcome fuso-cellulaire que le sarcome fuso-cellulaire est relativement moins grave que le sarcome globo-cellulaire ou le lympho-sarcome.

Le sarcome mélanique n'a jamais été observé primitivement sur l'intestin grêle : nous avons trouvé citée plusieurs fois une observation de Treves comme un fait de sarcome mélanique primitif de l'intestin grêle. Nous nous sommes reporté au texte de l'auteur (*Intestinal Obstruction*, London, 1898, p. 267) et nous avons vu qu'ils s'agissait d'une pièce du musée du London Hospital, où l'on voit un sarcome mélanique de l'intestin grêle qui avait déterminé une invagination intestinale ; mais dans l'observation, sommairement rapportée, il est dit que la malade avait des ganglions inguinaux mélaniques. On sait, d'autre part, qu'un naevus pigmentaire de petit volume peut donner naissance à un sarcome mélanique qui se diffusera rapidement et donnera les métastases les plus inattendues ; or, la présence de ganglions inguinaux mélaniques nous porte tout naturellement à penser que la tumeur intestinale n'était pas primitive ; on comprendrait d'ailleurs difficilement la naissance en ce point de l'organisme d'un sarcome mélanique.

Nous avons également laissé de côté une curieuse observation de Lehmann (Thèse de Würzburg, 1888), qui a trait à un endothéliome interfasciculaire de l'intestin. En la lisant, nous avons vu qu'il

s'agissait d'un homme de 38 ans qui mourut de cachexie, avec des phénomènes dyspeptiques, accompagnés de vomissements verdâtres et de la présence de plusieurs tumeurs paraissant siéger sur l'intestin. A l'autopsie, on découvrit que « tout le tractus intestinal, à l'exception des 12 premiers centimètres du jéjunum et du rectum, était transformé en un tube rigide par une tumeur infiltrant toute l'épaisseur de la paroi ». A l'examen histologique, il s'agissait, d'après l'auteur, d'« entothélium interfasciculaire ». Devant l'obscurité de ce diagnostic et l'impossibilité de constater le point de départ, puisque tout l'intestin est envahi, gros intestin compris, nous avons laissé cette observation bizarre de côté.

Nous avons voulu chercher également s'il existait un rapport net entre la variété histologique du sarcome et la multiplicité des tumeurs intestinales ; en d'autres termes, s'il était possible de trouver dans la nature histologique de la tumeur l'explication des deux formes macroscopiques que nous avons décrites plus haut, circonscrite et diffuse. De nos 45 observations avec autopsie nous pourrions déduire ceci : *dans aucun des 6 faits de sarcome fuso-cellulaire, il n'existait de tumeurs multiples*. Dans les autres 39 cas, il y avait 16 fois des tumeurs intestinales multiples et 23 fois une tumeur unique. Toutes ces observations se rapportent à des sarcomes globo-cellulaires ou à des lympho-sarcomes.

Il est donc certain que *si la forme circonscrite peut se rencontrer aussi dans les sarcomes globo-cellulaires, elle est la règle dans les sarcomes fuso-cellulaires*. Nous reviendrons sur ce fait, très important au point de vue du pronostic, à propos des indications de l'intervention chirurgicale et de ses résultats.

Quel est le point de départ de ces sarcomes primitifs de l'intestin ? Les deux observations que nous rapportons ici, dont nous avons fait une étude histologique complète, ne nous permettent pas de conclure, car dans les deux cas les lésions étaient trop avancées pour permettre de décider cette question. La majorité des auteurs s'accordent à placer le point de départ de ces sarcomes dans la sous-muqueuse de l'intestin ; mais ils s'appuient pour démontrer ce fait sur l'examen histologique de petits noyaux sous-muqueux paraissant représenter le néoplasme au début ; rien ne prouve que ces petits noyaux ne soient des métastases, comme nous l'avons déjà dit plus haut. Par

conséquent, aucune observation précise actuellement ne nous paraît propre à démontrer d'une façon indiscutable le point de départ précis de la tumeur. Ajoutons que la question n'est pas très intéressante : le fait certain est que ces sarcomes sont des tumeurs intra-pariétales d'emblée, qui envahissent rapidement toute l'épaisseur de la paroi intestinale, usent la muqueuse et l'ulcèrent dans quelques cas et forment sous la séreuse généralement conservée des bosselures plus ou moins grosses.

Le point de départ est évidemment dans le tissu conjonctif de cette paroi intestinale : sous-muqueuse, tissu conjonctif de la couche musculaire, gaines conjonctives périvasculaires ? On ne saurait actuellement le dire d'une façon précise.

CHAPITRE III

Étiologie et pathogénie.

Ce chapitre sera naturellement très court, car les notions que nous possédons sur l'étiologie et la pathogénie des sarcomes primitifs de l'intestin grêle sont des plus rudimentaires.

L'analyse de nos 76 observations nous donne les chiffres suivants, au point de vue du *sexe* des malades atteints de sarcome de l'intestin grêle :

27 femmes ;

49 hommes.

Il semble donc y avoir une prédominance marquée de ces tumeurs chez les hommes (près du double), sans que nous puissions donner de ce fait d'observation une explication quelconque.

Pour *l'âge*, nous avons trouvé les chiffres suivants :

De 1 à 10 ans.	12 cas.
De 10 à 20 ans.	5 —
De 20 à 30 ans:	19 —
De 30 à 40 ans.	18 —
De 40 à 50 ans.	16 —
De 50 à 60 ans.	6 —
De 60 à 70 ans.	3 —
De 70 à 80 ans.	0 —

Le maximum de fréquence est donc dans la jeunesse, de 20 à 30 ans ; l'âge mûr, de 30 à 40 ans et de 40 à 50, présente un nombre de cas presque égal (18 et 16) ; par contre, chez les vieillards, les observations deviennent rares.

Dans la première enfance, de 1 à 10 ans, nous trouvons un nom-

bre relativement considérable de cas : 12, auxquels il faut ajouter un cas unique, mais du plus haut intérêt, dû à Stern (V. observations), qui observa un sarcome de l'intestin grêle chez un nouveau-né.

La fréquence relativement grande du sarcome de l'intestin grêle dans la *première enfance*, de 1 à 10 ans, et son maximum de fréquence dans la *jeunesse*, de 20 à 30 ans, ne sauraient nous étonner : il y a longtemps que le fait a été observé pour tous les sarcomes.

Le cas de Stern, qui concerne un nouveau-né, nous retiendra plus longtemps : en effet, la tumeur était déjà fort développée, puisque, dans les quelques jours que l'enfant vécut, elle donna lieu à des symptômes d'occlusion intestinale. La tumeur avait donc commencé à se développer pendant la vie intra-utérine. Ce fait de tumeur maligne congénitale est unique pour le sarcome de l'intestin grêle ; mais nous savons que pour plusieurs autres variétés de cancers, en particulier les tumeurs malignes primitives du rein, il a été observé plusieurs fois. Akenberg a d'ailleurs publié, il y a longtemps déjà, une revue générale sur ce sujet dans les *Archiv für Gynäkologie* (Bd XVI, p. 135). Ces faits, sur lesquels on n'a peut-être pas assez insisté dans les discussions sur la pathogénie du cancer, sont pourtant, à notre avis, du plus haut intérêt : comme, dans toutes les observations rapportées, la mère était indemne de cancer au moment de la naissance de l'enfant, il nous semble que vraiment, dans ces cas, rares il est vrai, mais néanmoins authentiques, l'hypothèse de la nature parasitaire des tumeurs malignes est bien peu acceptable.

Au point de vue pathogénique, nous pouvons dire que nous ne connaissons absolument rien de précis sur le sarcome du grêle. Un traumatisme est rapporté dans plusieurs de nos observations, en particulier chez les enfants, comme cause possible du développement du sarcome ; or, rien ne permet de croire qu'il y ait là une relation de cause à effet et non une simple coïncidence ; cette question des relations qui réunissent le traumatisme et les tumeurs malignes est d'ailleurs des plus obscures et, à notre connaissance, aucun fait à l'abri de toute discussion n'a encore été publié.

Dans les articles très importants de Löwenthal⁽¹⁾ et W.-B. Coley⁽²⁾, on trouve consignés un très grand nombre de faits qui pourraient faire croire à des relations de cause à effet entre le traumatisme et le développement d'une tumeur maligne, d'un sarcome en particulier ; les faits les plus probants dans l'espèce sont peut-être encore les cas d'ostéo-sarcomes se développant sur un cal, peu après le traumatisme qui a produit la fracture ; en réalité, si l'on réfléchit au nombre considérable de fractures qui évoluent vers la guérison naturelle par formation du cal, sans présenter rien de néoplasique et si l'on met en parallèles les rarissimes ostéo-sarcomes du cal, on voit qu'il y a là autre chose d'absolument inconnu, et que le traumatisme n'explique rien ; peut-être même le traumatisme n'est-il souvent que l'occasion d'un examen plus complet du malade qui révèle une tumeur existant déjà à l'état latent.

Dans une observation fort curieuse de Nothnagel (obs. II), on voit que l'examen anatomo-pathologique fait par le professeur Weichselbaum montra que le lympho-sarcome s'était développé sur des cicatrices d'ulcérations tuberculeuses. Ce fait extraordinaire est resté unique jusqu'à présent, mais sa valeur n'en reste pas moins grande, étant donnée la compétence de l'anatomo-pathologiste qui fit l'examen.

Dans 2 des observations que nous rapportons ici, la fièvre typhoïde est notée comme ayant précédé de quelques années le développement du sarcome (Booth, Petrow) ; peut-être les cicatrices résultant de l'inflammation des plaques de Peyer ont-elles été dans ces cas le point de départ des sarcomes, comme les ulcérations tuberculeuses dans celui de Nothnagel.

Grâce à l'obligeance du professeur G. Petit (d'Alfort), nous pouvons rapporter ici quelques documents sur l'existence des sarcomes primitifs de l'intestin grêle chez les animaux. M. Petit a eu l'occasion d'observer 3 fois des sarcomes du grêle chez les animaux : dans un cas il s'agissait de sarcome fuso-cellulaire de l'intestin grêle chez un chien ; la tumeur siégeait au niveau d'un point où l'intestin était dilaté ; les ganglions mésentériques et le grand épiploon contenaient des noyaux secondaires ; le fait fut publié en mai 1899

(1) LÖWENTHAL, Traumatisch Entstehung der Geschwülste. *Archiv f. klin. Chir.*, Bd. XLIX, p. 1-2.

(2) W.-B. COLEY, The Influence of injury upon the development of sarcoma. *Annals of surgery*, 1898, t. XXVII, p. 259.

à la Société anatomique de Paris. Dans une autre observation du même auteur (Société centrale de médecine vétérinaire, 11 juin 1901), il s'agit d'un sarcome de l'intestin grêle avec lymphangites sarcomateuses et adénopathies mésentériques chez un cheval. Dans une troisième observation de M. Petit (Société centrale de médecine vétérinaire, 12 juin 1902), l'auteur apporte les pièces d'une lympho-sarcomatose intestinale étendue chez une jument. Sur cette pièce, que l'auteur présenta aussi à la Société anatomique de Paris, en juin 1902, on pouvait voir qu'au niveau d'une des tumeurs de l'intestin grêle la paroi intestinale, complètement infiltrée par une tumeur blanchâtre et molle, avait subi une dilatation énorme : il y avait une ulcération à la face interne de la tumeur, sur la muqueuse, ulcération qui s'était perforée dans le péritoine et avait déterminé la mort de l'animal. Il existait des généralisations multiples dans les ganglions du mésentère. Ces faits, empruntés à la pathologie des animaux, sont intéressants, car nous voyons que les caractères spéciaux du sarcome de l'intestin grêle se rencontrent aussi chez eux : *dilatation de l'intestin au niveau du point malade, absence de sténose et généralisation ganglionnaire étendue sur le mésentère*. Au point de vue de leur structure ces tumeurs, sont en tout point comparables aux sarcomes de l'homme.

Enfin, en terminant, nous appellerons l'attention sur un fait des plus curieux rapporté par Smoler (V. observation III). A l'autopsie d'une femme de 70 ans, on trouva à 30 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, sur l'iléon, une tumeur qui infiltrait circulairement la paroi de l'intestin sans déterminer de sténose. Il s'agissait d'un sarcome mixte (fuso et globo-cellulaire) de la paroi intestinale ; au niveau du pylore on trouva une tumeur ulcérée, à bords surélevés, large de 4 centimètres ; il s'agissait là d'un *adéno-carcinome* typique du pylore. Chez cette femme, il y avait donc co-existence de deux néoplasmes de nature tout à fait différente ; on dirait que sous l'influence inconnue qui détermine l'apparition des tumeurs malignes, chaque organe a réagi par la production du néoplasme le plus souvent observé à son niveau ; l'adéno-carcinome du pylore est en effet la forme habituelle du cancer de cet organe ; de même le sarcome de l'intestin grêle est infiniment plus fréquent que l'épithélioma, comme nous le verrons plus loin.

CHAPITRE IV

Etude clinique.

Pour étudier les symptômes cliniques auxquels donnent naissance les sarcomes de l'intestin grêle, nous diviserons nos observations en deux catégories : sarcomes de l'intestin grêle chez les enfants, sarcomes de l'intestin grêle chez les adultes. Les difficultés du diagnostic sont toujours considérables ; car cette variété de tumeurs est rare, et on n'y pense guère en discutant un diagnostic ; nous diviserons l'étude du diagnostic, comme celle des symptômes, en considérant successivement le diagnostic chez l'enfant et chez l'adulte.

§ 1. — Sarcomes de l'intestin grêle chez l'enfant.

Nous avons déjà vu que dans les dix premières années de la vie, le sarcome de l'intestin grêle était relativement fréquent. Nous en avons rassemblé 13 observations, d'après lesquelles nous étudierons les symptômes de cette affection.

Symptômes. — Il est un fait évident, que démontre la simple lecture des observations, c'est que la *tumeur* formée par le néoplasme intestinal a toujours été sentie pendant la vie chez les enfants. Ce symptôme prend donc par là même une importance capitale, et c'est par son étude que nous commencerons.

La tumeur abdominale que forment les sarcomes de l'intestin grêle peut occuper un siège variable. Le plus souvent (6 fois sur 13) la tumeur est rencontrée dans la fosse iliaque droite ; 2 fois seule-

ment elle est placée à gauche, entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque; 2 fois elle occupe un siège médian, à égale distance de l'ombilic et de la symphyse; 1 fois enfin la tumeur se trouve située juste au-dessus de l'entrée du petit bassin, sur la ligne médiane; ce cas répondait à une adhérence de la tumeur à la vessie avec fistule entéro-vésicale (Schœpfer). En général, le volume de la tumeur est assez notable au moment de l'examen; dans les cas de Pépin, la tumeur était très grosse, puisqu'elle remplissait la moitié gauche du ventre, s'étendant du rebord costal gauche à la crête iliaque et du bord externe du carré des lombes à deux doigts de l'ombilic.

En général, on ne sent qu'une tumeur; cependant Harte, chez son petit malade, parvint à distinguer deux tumeurs, grosses chacune comme un citron; l'une occupait la fosse iliaque droite, l'autre la ligne médiane. La consistance des tumeurs est en général assez dure; quelquefois les auteurs notent une certaine rénitence qui leur fit croire à une tumeur kystique; on sait que ce fait est fréquent dans les néoplasmes sarcomateux, qui sont même quelquefois absolument fluctuants, ce qui est dû à la mollesse de leurs tissus et à la grande quantité des liquides qui y sont contenus (ceci est surtout vrai pour les myxo-sarcomes et les sarcomes globocellulaires). La tumeur est en général indolente ou très peu douloureuse à la pression. Souvent il est noté que la tumeur était bosselée, irrégulière, présentant des prolongements: toujours la tumeur fut trouvée mate à la percussion, tranchant nettement avec la sonorité de l'intestin adjacent. La mobilité de la tumeur est très variable suivant les cas: si les malades sont observés au début de leur affection, la tumeur peut être trouvée absolument mobile, comme dans les cas de van Zwalenburg, petite masse dure et mobile, prise pour des scybales dans celui de Rovsing. L'observation de van Zwalenburg est particulièrement intéressante, parce que ce chirurgien put assister au début de la maladie; appelé vers le milieu de juillet pour examiner l'enfant, v. Zwalenburg découvrit à la palpation de l'abdomen un petit nodule dur, très mobile, placé à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. Un mois après, ce nodule avait beaucoup grossi: il atteignait alors le volume d'un œuf de poule; peu après cette tumeur, qui était encore mobile, se

fixa sur l'hypochondre gauche en déterminant une crise d'obstruction intestinale. Van Zwalenburg réussit à mobiliser de nouveau la tumeur, et l'occlusion cessa ; ce ne fut qu'en novembre que l'intervention proposée dès longtemps fut acceptée, et à ce moment la tumeur avait 12 centimètres de long et 8 de large, c'est-à-dire à peu près le volume d'une orange. Ce chirurgien a donc pu suivre l'évolution de la tumeur, fait excessivement rare, car en général, comme nous le savons, le néoplasme évolue sourdement et le médecin n'est consulté que lorsque la tumeur a déjà atteint un gros volume et présente parfois des adhérences qui l'immobilisent.

La présence d'*ascite* n'est pas un fait fréquent ; dans une seule observation, celle de Senger, il est dit que l'abdomen contenait un peu d'ascite. La circulation collatérale veineuse de la paroi est également très rarement observée ; cette constatation est cependant notée dans le cas de Siegel, mais seulement après l'intervention chirurgicale, alors que le petit malade, en pleine récurrence, présentait des tumeurs multiples dans l'abdomen.

La palpation attentive de l'abdomen peut dans quelques cas permettre de reconnaître qu'il existe des nodules disséminés ; ces nodules ne correspondent pas à plusieurs tumeurs intestinales, mais bien à des métastases ganglionnaires ou péritonéales. Dans le cas de Debrunner, on put ainsi sentir, en dehors de la tumeur principale qui occupait la région hypogastrique, trois autres noyaux, l'un gros comme un haricot derrière la symphyse, l'autre du volume d'une amande adhérent au pubis, le troisième, plus volumineux, qui refoulait le rectum en arrière. De même Bessel-Hagen sentit, chez son malade, outre la grosse tumeur placée à droite de l'ombilic, entre le rebord costal et la crête iliaque, plusieurs nodules isolés dans la partie gauche de l'abdomen et par le toucher rectal une tumeur dure, grosse comme un œuf de poule, adhérente à la paroi pelvienne. Cette constatation de plusieurs noyaux indépendants de la tumeur principale, dans la cavité abdominale, est un fait de première importance, on le comprend facilement, pour le diagnostic positif d'une tumeur maligne.

A côté de ce symptôme capital constant, de *la présence d'une tumeur abdominale* dont le siège répond à la situation normale de

l'intestin grêle, il nous faut placer les autres signes moins importants ou plus rarement observés.

Parmi ceux-ci, le premier à signaler est la *cachexie*, ou tout au moins la perte des forces, l'amaigrissement et l'anorexie. Dans nos 13 observations, cette *cachexie précoce* est notée très expressément 5 fois. C'est l'apparition de cet affaiblissement général, accompagné d'amaigrissement et la constatation d'une tumeur abdominale qui inquiétèrent les parents et les firent consulter le médecin.

Les *troubles intestinaux* viennent ensuite; ils peuvent faire complètement défaut; c'était le cas dans 6 de nos observations. Lorsqu'ils existent, ils se présentent soit sous forme de diarrhée rebelle (2 cas), soit sous forme de constipation, accompagnée de météorisme et de coliques (2 cas); quelquefois les troubles intestinaux se réduisent à des douleurs intestinales avec irrégularité dans les selles (2 cas). Dans une seule observation, on trouve noté des douleurs abdominales si vives que l'enfant se tordait sur le sol, pendant ses crises de coliques (Siegel). Dans une seule observation également, celle de van Zwalenburg, on trouve signalée une crise d'occlusion intestinale complète qui dura plusieurs jours et céda à la mobilisation de la tumeur. En tous cas, nous voyons que dans aucun des faits rapportés, il n'y eut nettement de phénomènes de « sténose intestinale » avec péristaltisme exagéré, crises d'obstruction à répétition, suivies de débâcles diarrhéiques; ce syndrome de sténose intestinale était cependant ébauché dans l'observation de Siegel; il y avait d'ailleurs dans ce cas un rétrécissement assez marqué du calibre intestinal (iléon), qui laissait cependant passer le petit doigt. Cette absence de phénomènes de sténose, constatée dans la très grande majorité des observations, concorde avec les données de l'anatomie pathologique, qui nous ont montré que le plus souvent le sarcome de l'intestin grêle ne rétrécissait pas le calibre de ce conduit, mais souvent au contraire en amenait la dilatation « anévrysmale ».

La *fièvre* est assez souvent notée : dans 6 de nos observations la température vespérale était de 38°.6 (Bessel-Hagen), 38°.5 (Jaland), 38°.5 (Fisher), 38°.2 (Libman), 37°.8 (Pépin), 38° (van Zwalenburg). Nous avons déjà dit que cette fièvre pouvait être attribuée soit à la présence d'une ulcération au niveau de la tumeur,

soit à la résorption des produits toxiques fabriqués par le tissu néoplasique ; ce serait dans ce cas la fièvre des néoplasmes de Verneuil, connue depuis longtemps déjà. L'ulcération existait dans 4 de nos observations où la fièvre est notée ; il est donc plus simple de rapporter alors l'existence de la fièvre à cette cause.

Dans 4 observations, celles de Libman, Jalland, Harte et Schœpfer, il y eut des troubles de la miction. Dans les faits des trois premiers auteurs il y avait simplement du ténésme vésical et de la douleur pendant la miction ; ce phénomène ne fut expliqué que dans le cas de Jalland, où la tumeur adhérait au pôle supérieur de la vessie.

Dans l'observation de Schœpfer, il y eut de l'anurie, et l'auteur fit un cathétérisme de la vessie qui permit de retirer 600 grammes de liquide épais, d'odeur fécaloïde. La mort survint le lendemain, et l'autopsie permit de constater qu'il y avait une fistule entéro-vésicale déterminée par le néoplasme qui avait perforé la vessie.

L'examen des urines a permis dans une seule observation, celle de Libman, de trouver de l'indican dans l'urine ; ce symptôme a une certaine importance pour déterminer le siège du néoplasme d'après Jaffé, et permet de le localiser à l'intestin grêle. Nous reviendrons sur ce fait à propos des sarcomes de l'adulte.

L'examen du sang fut pratiqué 3 fois (Libman, Harte, Bessel-Hagen). Il montra dans les 3 cas l'existence d'une leucocytose assez marquée ; dans l'observation de Harte et celle de Libman, il y avait de la polynucléose. Dans 2 de ces observations (Libman, Bessel-Hagen), il s'agissait de *tumeurs ulcérées* ; par conséquent cet examen ne prouve rien, sinon l'existence d'un état infectieux, facilement explicable par l'existence de ces ulcérations intestinales.

Si nous résumons les divers symptômes que peuvent présenter les enfants atteints de sarcome de l'intestin grêle, nous voyons que le plus important, parfois le seul, c'est l'existence d'une *tumeur abdominale*, dont le siège anatomique répond à l'intestin grêle. Viennent ensuite la *cachexie*, assez marquée et souvent précoce, puis des *troubles de la circulation des matières intestinales*, variables : *diarrhée, constipation, alternance de l'une et de l'autre, douleurs à formes de coliques*. La *fièvre* n'est pas rare ; au contraire, la présence d'*ascite* est exceptionnelle, de même que la circulation veineuse collatérale de la paroi de l'abdomen.

Diagnostic différentiel. — Étant donné ce cortège symptomatique, quelles sont les autres affections avec lesquelles on peut confondre le sarcome de l'intestin grêle ? Si nous consultons nos observations, nous voyons que le diagnostic de tuberculose fut posé une fois par Rovsing, celui d'invagination intestinale, avec des restrictions, par Siegel, celui de tumeur sarcomateuse de l'épiploon par van Zwalenburg, celui de sarcome rétro-péritonéal par de Brunner. Dans les autres cas, il n'est point fait mention de diagnostic porté avant l'opération ou l'autopsie. Ceci s'explique, d'après nous, par la rareté même des faits que nous décrivons ici : on ne pense pas à la possibilité d'un sarcome de l'intestin, parce qu'on ignore ou presque l'existence de ces tumeurs ; sans cela, en présence d'une tumeur siégeant probablement sur l'intestin grêle, accompagnée de cachexie, de troubles dyspeptiques vagues, de diarrhée ou de constipation, on serait très logiquement amené à formuler le diagnostic exact.

Les maladies qui peuvent le plus simuler le sarcome de l'intestin grêle sont : la tuberculose péritonéale, intestinale ou mésentérique (le carreau des vieux auteurs), les tumeurs malignes primitives de l'épiploon, voire même du rein, si fréquentes dans la première enfance, et l'invagination intestinale. Pour cette dernière cependant, il existe un caractère différentiel, que signale d'ailleurs Siegel : l'invagination intestinale dans sa forme chronique, la seule qui puisse simuler un sarcome non sténosant du grêle, forme une tumeur régulière, cylindrique, en boudin : au contraire, dans le cas de Siegel, et c'est justement pourquoi cet auteur fit de sages restrictions en formulant son diagnostic, la tumeur était *bosselée* — ce qui évidemment est peu explicable s'il s'agit d'invagination. — Nous ne nous attarderons pas à faire ici le diagnostic différentiel du sarcome de l'intestin grêle. Si l'on est bien prévenu de son existence, de sa fréquence, très relative naturellement, et des symptômes qu'il détermine, nous croyons qu'il sera possible à l'avenir d'en faire le diagnostic. Et d'ailleurs, comme il est presque impossible de faire dans ces cas un diagnostic ferme, si l'état du malade le permet et que cette intervention puisse donner quelque espoir de guérison, le mieux sera de faire une *laparotomie exploratrice*.

Evolution. — La marche du sarcome primitif de l'intestin grêle

chez l'enfant est en général fort rapide ; ce fait tient probablement à ce qu'il s'agit *toujours* chez eux d'un sarcome globo-cellulaire ou d'un lympho-sarcome.

Dans nos différentes observations, le début de la maladie remonte en général à 2 ou 3 mois (au plus 4 mois, au moins 3 semaines, sauf un cas exceptionnel de Libman, où les parents ne s'étaient douté de quelque chose d'anormal chez leur enfant que depuis 8 jours ! Le début est insidieux en général, marqué par de vagues troubles dyspeptiques, puis de l'amaigrissement et enfin par l'apparition de la tumeur.

Nous rappelons le cas de Zwalenburg qui vit pour ainsi dire évoluer sous ses yeux, en l'espace de 4 mois, un sarcome de l'intestin grêle. C'est presque toujours le développement exagéré du ventre avec la présence d'une tumeur qui inquiètent les parents et les font venir consulter ; tous les autres phénomènes sont au second plan, parfois même ils manquent complètement (Schœpfer). L'évolution est toujours rapide : jamais la maladie abandonnée à elle-même n'a duré plus de 6 mois. Il s'agit donc d'une affection d'une gravité exceptionnelle, se rapprochant beaucoup par la rapidité et la fatalité de sa marche, des tumeurs mixtes du rein ou des sarcomes des os dans l'enfance.

La mort survient en général de cachexie progressive : apparitions d'œdèmes, insuffisance cardiaque, anurie. Dans aucune de nos observations, la mort ne fut causée par des accidents tels que péritonite par perforation ou occlusion aiguë. Les enfants meurent de leur sarcome et non d'accidents intestinaux.

§ 2. — Sarcomes de l'intestin grêle chez l'adulte.

Symptômes. — La symptomatologie du sarcome de l'intestin grêle ressemble beaucoup à celle du même genre de néoplasmes chez les enfants ; il existe cependant quelques différences, que nous signalerons au cours de notre description.

L'existence d'une *tumeur* est, chez l'adulte comme chez l'enfant, un signe de première importance : sur 54 observations, nous voyons que 48 fois on a constaté cliniquement la présence d'une tumeur ;

dans 6 cas seulement la maladie évolua sans que l'on ait pu déceler du vivant du malade ou avant l'intervention chirurgicale l'existence d'une tumeur; ce sont les observations de Reinwal, de Willy Meyer, de Libman, de Booth, de Rutherford, de Flexner et notre première observation personnelle. Dans la nôtre, l'impossibilité de palper le ventre d'une façon convenable était due à la très grande quantité d'ascite qui existait dans l'abdomen; au cours de la laparotomie exploratrice, dès que le liquide fut écoulé, les tumeurs intestinales furent immédiatement aperçues.

Dans la grande majorité des cas, il existe donc une *tumeur* facile à sentir à la palpation de l'abdomen; ce fait est dû à ce que l'intestin grêle (sauf la région de l'angle duodéno-jéjunal est en rapport immédiat avec la paroi abdominale et ne présente pas, comme le gros intestin, des portions cachées, souvent inaccessibles à la palpation (angle splénique du côlon, angle sous-hépatique). De plus, la tumeur que forme le sarcome de l'intestin grêle est en général volumineuse : une tête de fœtus, une grosse orange, la grosseur du poing, telles sont en général les comparaisons qu'émettent les auteurs pour donner une idée du volume de la tumeur : ceci encore est tout à fait différent de ce que l'on observe au niveau du gros intestin, où la variété du petit cancer en virole, inappréciable à la palpation le plus souvent, est très fréquente. La tumeur est en général dure, parfois cependant d'apparence fluctuante (König). Sa surface est exceptionnellement lisse elle est plus souvent bosselée, irrégulière, formée quelquefois de plusieurs petites tumeurs lobulées (Steiner). Elle est le plus souvent indolore à la pression; elle donne à la percussion un son mat, contrastant avec la sonorité franche, quelquefois tympanique des anses intestinales voisines : la tumeur est le plus souvent mobile, ce qui s'explique facilement, puisqu'elle siège sur un des segments des parties intestinales dont la mobilité est un caractère essentiel. Cependant, si la tumeur a contracté des adhérences avec ces parties voisines, elle peut être fixée (Mermet, Tcherniakowski). La situation de la tumeur varie naturellement suivant les cas, mais on la trouve toujours dans la partie de l'abdomen qu'encadrent les côlons ascendant, transverse et descendant; parfois la tumeur surplombe la cavité pelvienne, et nous verrons que plus d'une fois on confondit ces néoplasmes avec des

tumeurs ovariennes ou annexielles. On ne sent en général qu'une seule tumeur, même lorsque l'autopsie ou l'opération montrent qu'il en existe en réalité plusieurs. Dans 5 cas seulement sur nos 54 observations, on put sentir plusieurs tumeurs à l'examen du malade (Bessel-Hagen, Kraus, Libman, Hammer, Brault).

Ce fait est très important, car il nous conduit à penser que la forme circonscrite et la forme diffuse dont nous avons parlé à l'anatomie pathologique sont des formes anatomiques très utiles à connaître pour le chirurgien, mais non dans la grande majorité des cas des formes cliniques, diagnosticables avant l'intervention. En effet, leurs signes cliniques sont identiques et bien souvent, alors qu'on n'avait senti qu'une seule tumeur, il en existait en réalité plusieurs ; ceci est de première importance au point de vue du traitement, car nous verrons que dans la forme diffuse on ne doit pas tenter d'opération radicale.

La tumeur est donc un signe capital, existant 48 fois sur 54 ; quelquefois même ce fut le seul, telles les observations de Libman, Lange, Hammer Engström. En général, cependant, il existe d'autres symptômes, associés à la présence de la tumeur : c'est la constipation rebelle (8 cas sur 54), ou bien au contraire la diarrhée (2 cas sur 54), quelquefois alternatives de constipation et de diarrhée (3 fois sur 54), parfois simplement de vagues phénomènes dyspeptiques, anorexie, vomissements, pesanteur après les repas (3 fois sur 54). Des douleurs parfois très vives, revenant sous formes de coliques, sont associées à la présence de la tumeur dans de nombreuses observations (10 fois sur 54).

Dans 3 observations nous trouvons notée l'existence de ténisme vésical (Westermarck, Libman, Feldman). Ces phénomènes douloureux particuliers furent expliqués dans tous ces cas par l'autopsie, qui montra que le sarcome de l'intestin adhérait à la vessie. Dans les autres observations où les douleurs sont signalées, elles ne révèlent en général aucun autre caractère particulier que celui de coliques intestinales survenant par accès, surtout marquées dans les cas où il existe de la sténose.

La cachexie n'est pas très fréquemment notée : 10 fois seulement sur 54 observations. Il faut remarquer que dans 2 observa-

tions (notre première observation personnelle et celle de Schmidt) la cachexie, jointe à la présence d'ascite dans notre cas, à du météorisme persistant dans celui de Schmidt, furent les seuls symptômes cliniques observés.

La fièvre n'est pas rare : dans une observation de Baltzer, le malade avait 39° le soir ; dans une autre, 38 à 38°5 ; dans celle de Mac Burney, 38°5 ; dans celle de Wallenberg, 38° ; dans celle de Brault, il existait un peu de fièvre (sans chiffre précis) ; de même dans celle de Willy Meyer. Enfin, dans une observation due à Booth, la fièvre élevée se maintint continue pendant plusieurs semaines, si bien que l'on crut à une rechute de fièvre typhoïde ; c'est là d'ailleurs un cas unique et exceptionnel.

Nous avons déjà vu, à propos des tumeurs de l'enfant, quelle était la signification de cette fièvre et les explications que l'on en pouvait donner.

Les vomissements ne sont pas fréquents ; on les trouve cependant signalés dans certaines observations, telles, par exemple, celles de Petrow de Eiger et de Rheinwald ; ces vomissements répétés, souvent alimentaires et bilieux, avaient fait penser dans le cas de Rheinwald à une dilatation gastrique, car on avait pris le péristaltisme intestinal visible pour l'estomac dilaté ; dans le cas de Petrow et dans celui de Eiger, le sarcome siégeait au niveau de l'angle duodéno-jéjunal ; dans celui de Rheinwald, le sarcome, très sténosant (ce qui est très exceptionnel), siégeait également assez haut sur l'iléon. Dans notre observation personnelle n° II, il y avait également des vomissements alimentaires survenant rarement, tous les 20 jours environ ; or, à l'opération, on trouva un sarcome sténosant de l'intestin grêle. L'existence des vomissements paraît donc liée surtout soit à un rétrécissement de l'intestin grêle très marqué, ce qui est l'exception, soit au siège haut situé de la tumeur (angle duodéno-jéjunal ou début du jéjunum). Cependant, dans l'observation de Flexner, on trouve notés des vomissements incoercibles dont l'explication ne fut pas donnée par l'autopsie.

Le *melena* est rarissime ; une seule fois il est noté dans nos 54 observations : c'est dans celle de Rheinwald (II). Il s'agissait d'un homme de 43 ans, malade depuis sept semaines, avec de la diarrhée et de la cachexie, marquée par de l'amaigrissement et de

l'anorexie. Il y avait eu au début de la maladie une seule selle sanglante. Le méléna est donc au cours du sarcome de l'intestin grêle un fait très rarement observé, bien que souvent les tumeurs soient ulcérées et que le sarcome lui-même soit souvent le siège d'hémorragies interstiellles.

L'ascite très abondante est exceptionnelle : on ne l'observe guère que lorsque le néoplasme est déjà très avancé dans son évolution, comme dans notre observation I, où elle était particulièrement abondante. Dans les autres observations, nous ne trouvons que rarement signalée la présence d'une certaine quantité d'ascite, (Haas, Moxon, Kraus, Baltzer). L'ascite n'est donc pas un symptôme de valeur sur lequel on puisse compter pour établir le diagnostic ; par contre, sa signification pronostique, lorsqu'elle existe, est toujours fâcheuse, car elle ne se rencontre que dans les tumeurs déjà fort avancées dans leur évolution, adhérentes, comprimant les gros vaisseaux de l'abdomen, ou déjà généralisées au péritoine.

Les *symptômes nets de sténose de l'intestin grêle*, caractérisés par l'existence de coliques très douloureuses revenant par accès, avec péristaltisme exagéré des anses intestinales sous la paroi et constipation suivie de débâcles diarrhéiques, n'ont été que très rarement observés ; il n'y a rien là qui puisse nous surprendre, puisque l'anatomie pathologique nous a appris que le sarcome de l'intestin grêle n'occasionnait qu'exceptionnellement le rétrécissement de l'intestin grêle. Ces phénomènes de sténose furent néanmoins très nettement observés dans l'observation I de Rheinwald, dans notre seconde observation personnelle, dans celle de Nothnagel (II) ; or, dans le cas de Rheinwald la sténose était très prononcée, de même dans le nôtre ; dans celui de Nothnagel, il y avait deux sténoses cicatricielles, résultant de tuberculose ancienne, sur lesquelles s'était développé le sarcome. Donc, il est évident que toutes les fois qu'un sarcome de l'intestin grêle provoquera un rétrécissement intestinal serré, les phénomènes cliniques habituels, caractéristiques de cette sténose, apparaîtront ; seulement, comme nous l'avons déjà dit, la rareté de ces symptômes s'explique par la rareté de l'existence d'un rétrécissement serré.

La recherche de l'*indican* dans l'urine n'a été faite que deux fois par Libman et Schmidt, qui en ont trouvé de grandes quantités. Ce

symptôme, qui méritera d'être recherché avec soin à l'avenir, et cependant son importance : Jaffé (1) a signalé le premier la présence d'indican dans l'urine comme un bon signe de l'arrêt ou du ralentissement du cours des matières dans l'intestin grêle. Récemment, Ellinger et Prütz (2) ont insisté sur l'importance de l'indicanurie dans les sténoses de l'intestin grêle. On sait que la putréfaction post-digestive des matières albuminoïdes dans l'intestin grêle donne naissance à divers produits des séries cycliques et notamment à de l'indol qui, repris par l'organisme, est éliminé par l'urine à l'état d'indoxylsulfate alcalin ou indican et peut être dosé sous la forme d'indigo. La quantité d'indigo (c'est-à-dire d'indican) est d'autant plus grande que les putréfactions intestinales ont été plus actives et que le séjour des matières fermentées dans l'intestin grêle a été plus prolongé. Les conclusions de Jaffé ont été confirmées par celles de Ellinger et de Prütz : dans les sténoses de l'intestin grêle, on trouve le plus souvent beaucoup d'indican ; dans celles du gros intestin, on n'en trouve pas. Voici donc un signe clinique facile à rechercher et dont l'existence pourra permettre dans une certaine mesure un diagnostic de localisation parfois si difficile. Ajoutons que, cependant, la sténose étant en général peu marquée dans les sarcomes, l'indicanurie n'y sera peut-être pas aussi fréquente que dans la tuberculose sténosante par exemple.

L'examen du sang a été fait dans un assez grand nombre de cas : voyons les résultats qu'il a donnés.

Cas de Kraus : leucocytose : sarcome globo-cellulaire.

Cas de Haas : leucocytose : sarcome fuso-cellulaire ulcéré.

Cas de Smoler : 4 millions de globules rouges ; 19.000 globules blancs ; pas de poikilocytose : sarcome nécrosé.

Cas de Schmidt : 4 millions de globules rouges : pas de leucocytose : sarcome non ulcéré.

Cas de Booth : 2 millions de globules rouges : pas de leucocytose : sarcome ulcéré.

Cas de Schiller : 4 millions de globules rouges : 1 leucocyte pour 300 : sarcomes non ulcérés.

(1) JAFFÉ, *Virchow's Archiv.*, 1877, t. LXX.

(2) ELLINGER et PRÜTZ, *Zeitsch. für physiol. Chemie*, t. XXXVIII, p. 399, 1903.

Quelle conclusion tirer de ces examens ? Aucune, sinon que cet examen n'a absolument aucune valeur diagnostique dans ces cas ; leucocytose dans les faits de Kraus et de Haas ne signifie rien, car ces auteurs n'indiquent pas de quelle variété de leucocytose il s'agit. Le fait de Smoler avec une leucocytose assez marquée (19.000 globules blancs) s'interprète très facilement, puisque le sarcome était nécrosé ; enfin, dans les autres (Schmidt, Booth et Schiller), le sang était normal. Donc, jusqu'à présent, rien à tirer de concluant de ces examens du sang ni au point de vue diagnostique, ni au point de vue de l'état de la tumeur, puisque dans l'observation de Booth où le sarcome était ulcéré le sang était normal. D'ailleurs, empressons-nous d'ajouter que ces examens sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer une conclusion quelconque au point de vue du diagnostic du sarcome en général : il faudrait des centaines d'observations pour pouvoir se permettre d'apprécier la valeur séméiologique de l'examen du sang dans ces cas.

Un examen clinique intéressant, mais qui n'a été pratiqué que rarement dans nos observations (Kraus, Schmidt et Nothnagel), c'est la *recherche du bacille tuberculeux dans les selles*. En effet, dans les sarcomes de l'intestin grêle, il n'est pas rare d'observer de la diarrhée, avec des phénomènes douloureux du côté de l'intestin et de l'amaigrissement, tous signes qui pourraient faire croire à l'existence de la tuberculose intestinale. Kraus (1) a recherché avec soin dans 26 cas de tuberculose intestinale, où le diagnostic clinique fut confirmé par l'autopsie, l'existence du bacille de Koch dans les selles ; dans tous les cas, sans exception, cette recherche fut positive ; ce signe a donc une très grande valeur diagnostique lorsqu'il est constaté. Par contre, nous voyons que, dans nos trois observations de sarcomes de l'intestin où la recherche des bacilles fut faite (Kraus, Schmidt et Nothnagel), dans aucun cas on ne put en trouver ; cependant, la malade de Nothnagel présentait des lésions de tuberculose pulmonaire, qui pouvaient par conséquent faire penser avec beaucoup de vraisemblance qu'il s'agissait de tuberculose intestinale. Voici donc un bon signe clinique à rechercher avec soin toutes les fois qu'on hésitera entre

(1) KRAUS, *Prager medicinische Wochenschrift*, 1889, n^o 6 et 7, p. 59 et 70.

le diagnostic de sarcome et celui de tuberculose de l'intestin.

L'insufflation du côlon, ou procédé de von Ziemssen, qui peut rendre de grands services dans les diagnostics de tumeurs abdominales, n'a été pratiquée que deux fois (observations de Schiller et de Heinze). Dans le cas de Schiller, on vit que la tumeur était déplacée en bas et à gauche par l'insufflation du côlon : ce renseignement clinique n'éclaira pas beaucoup le diagnostic, qui resta hésitant entre celui de sarcome de l'épiploon ou de carcinome du côlon. Dans le fait rapporté par Heinze, l'insufflation colique rendait les contours de la tumeur plus apparents et provoquait des douleurs à son niveau ; on fit le diagnostic de cancer de l'angle splénique du côlon ; pendant l'opération, on vit que le sarcome qui siégeait sur le jéjunum adhérait un peu au côlon descendant. En somme, dans ces deux cas, l'insufflation du côlon ne rendit aucun service ; il ne faudrait pas en conclure au rejet de cette méthode, excellente par exemple pour diagnostiquer le siège rétro-péritonéal de certaines tumeurs volumineuses. Pour le cas particulier des sarcomes de l'intestin grêle, l'insufflation colique pourrait peut-être rendre quelques services lorsqu'il s'agit de différencier une tumeur de l'intestin grêle d'avec une tumeur de l'estomac ou de la rate : l'apparition nette d'une bande de sonorité au-dessus de la tumeur en question, après l'insufflation, serait un bon signe de diagnostic différentiel.

Si nous résumons *les principaux symptômes* que présentent en général les sarcomes primitifs de l'intestin grêle, nous trouvons :

- 1° *La tumeur abdominale*, perçue dans 88,8 p. 100 des cas ;
- 2° *Les douleurs* revenant sous formes de coliques, par accès ;
- 3° *Les troubles de circulation des matières dans l'intestin*, constipation, diarrhée, ou alternatives de l'une et de l'autre ;
- 4° *La cachexie*, généralement précoce et marquée.

Les autres symptômes : ascite, vomissements, méléna, ténésme vésical, sont très rares et ne peuvent servir à établir le diagnostic. De même, les *symptômes de sténose serrée* de l'intestin (constipation rebelle avec débâcles diarrhéiques, douleurs, péristaltisme visible sous la paroi) sont exceptionnels.

Complications. — Les accidents particuliers auxquels peut donner naissance un sarcome de l'intestin grêle sont : 1° *l'occlusion*

intestinale ; 2° la péritonite par perforation ou par propagation.

L'*occlusion intestinale aiguë* est très rare : nous ne la trouvons signalée que dans un seul cas, celui de Quensel. Il s'agissait d'une femme de 62 ans qui présentait tous les symptômes de l'occlusion intestinale aiguë (arrêt complet des matières et des gaz, vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre) ; la laparotomie, pratiquée immédiatement, montra qu'une tumeur siégeant sur le bord libre de l'intestin grêle avait déterminé un volvulus de l'intestin grêle. Il faut des circonstances spéciales, tumeur de petit volume et siégeant sur le bord libre de l'intestin, pour expliquer ces accidents d'occlusion aiguë. Dans tous les autres cas où l'occlusion intestinale est signalée, il s'agissait d'*occlusion chronique* ou *obstruction intestinale*. Dans le cas de Rutherford, une femme de 51 ans présentait des phénomènes d'obstruction intestinale sans que l'on dût sentir de tumeur ; on fit l'entérostomie ; la malade succomba peu après, et l'autopsie montra qu'un sarcome rétrécissait notablement le calibre de l'iléon. Dans l'observation de Rheinwald (Obs. II), un homme de 43 ans, après une période de diarrhée qui a duré trois semaines, présente une constipation opiniâtre ; au bout de plusieurs jours, apparaissent des vomissements fécaloïdes ; le malade est opéré alors ; on fait l'entérostomie ; quand le ventre est dégonflé, on le palpe et l'on finit par sentir une tumeur qui est enlevée secondairement ; c'était un sarcome globo-cellulaire de l'intestin grêle.

Les autres cas observés d'obstruction intestinale correspondent à des *invaginations intestinales* provoquées par des sarcomes de l'intestin grêle ; tel le cas de Wallenberg (Obs. I), qui fut traité médicalement et dans lequel le malade, âgé de 21 ans, rendit après force lavements un segment d'intestin long d'un pied, infiltré par un sarcome fuso-cellulaire.

Tel aussi le cas de Homolle (Obs. II) et où l'on fit le diagnostic clinique d'obstruction intestinale par bride ou invagination ; à l'autopsie, on trouva quatre invaginations intestinales siégeant sur l'intestin grêle et produites par des sarcomes polypiformes, variété très rare, comme nous l'avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique. Dans un autre cas, celui de Waldenstrom et Akenberg (Obs. VI), il existait une hernie irréductible, en même temps que des accidents d'obstruction intestinale, avec vomissements féca-

loïdes. On fit la kélotomie; mais on ne put réduire l'intestin hernié, qui n'était d'ailleurs pas étranglé; à l'autopsie, on vit que la cause de l'obstruction était une tumeur sarcomateuse qui siégeait sur l'anse herniée et exerçait une forte pression sur le mésentère correspondant. Enfin, remarquons que dans l'observation de Sternberg (Obs. XXIV), où l'autopsie montre l'existence de deux invaginations intestinales causées par des sarcomes polypiformes, il n'y avait eu pendant la vie que de vagues symptômes (diarrhée rebelle, douleurs abdominales, amaigrissement notable et tumeur abdominale perçue à la palpation), qui ne permettaient guère de faire le diagnostic clinique d'invagination intestinale.

En résumé, les complications d'occlusion aiguë ou chronique, quelle qu'en soit la cause, sont rares au cours de l'évolution des sarcomes de l'intestin grêle: ceci nous est expliqué suffisamment par l'anatomie pathologique: le sarcome polypiforme, qui peut donner, lui, facilement naissance à une invagination, est très rare (2 observations sur 66 faits); d'autre part, comme la tumeur envahit en général toute la circonférence de l'intestin grêle en le dilatant, elle a peu de tendance à provoquer un volvulus comme dans le cas unique de Quensel; enfin, comme le sarcome de l'intestin grêle ne produit que rarement un rétrécissement serré, ou comprend la rareté relative de l'obstruction chronique, comparativement si fréquente dans les petits carcinomes du gros intestin.

Il en est de même pour la *péritonite par perforation*: elle n'est rapportée que dans deux observations, celles de Genersisch et de Libman; à l'opération ou à l'autopsie, on trouva une grande quantité de pus et de gaz dans l'abdomen: la masse sarcomateuse était perforée librement dans la cavité péritonéale. On voit donc que cette perforation de la tumeur est rare, bien que, très souvent nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, le sarcome soit ulcéré. De même, la *péritonite par propagation* n'a été observée qu'une seule fois, dans le cas de Hammer; à l'autopsie on trouva dans le péritoine une grande quantité de liquide purulent (sans gaz cependant), avec des traces évidentes de péritonite récente; malgré l'examen le plus attentif, on ne trouva pas trace de perforation intestinale; mais le sarcome était largement ulcéré, ce qui suffit à expliquer l'existence d'une péritonite suppurée diffuse. Le

liquide purulent examiné montra la présence de streptocoque pur.

Evolution. — Nous voyons ainsi que c'est par *cachexie* progressive que le sarcome de l'intestin grêle provoque la mort dans la grande majorité des cas : 23 fois sur 26, soit 89 p. 100. Les accidents tels qu'obstruction intestinale, occlusion aiguë ou péritonite par perforation ou propagation, amenant la mort du malade, sont l'exception.

Quelle est la durée moyenne de l'évolution du sarcome ? Il est difficile de donner des chiffres précis : en ne comptant que les cas non opérés nous trouvons qu'il s'est écoulé en moyenne 4 mois entre le début de la maladie et la mort du malade, au moins pour les cas de sarcome *globo-cellulaire* ; pour les sarcomes *fuso-cellulaires*, la durée de la maladie est un peu plus longue, 8 à 10 mois en moyenne. Il semble donc que le sarcome fuso-cellulaire a une marche moins rapide et un pronostic moins immédiatement grave que le globo-cellulaire ou le lympho-sarcome.

En tous cas, il faut retenir que la *marche* du sarcome primitif de l'intestin grêle est *en moyenne très rapide* ; il s'agit ici d'une tumeur extrêmement maligne qui, dans certaines observations, a tué le malade de cachexie progressive en 2 mois, 2 mois et demi ou 3 mois.

Diagnostic. — Il est intéressant de voir quels ont été les diagnostics posés avant l'intervention chirurgicale dans les cas de sarcome de l'intestin grêle. Tout d'abord, remarquons qu'une seule fois, on fit le diagnostic exact : sarcome de l'intestin, c'est dans l'observation II de Westermarck ; mais il faut noter que cet auteur avait observé peu de temps auparavant un autre exemple de sarcome de l'intestin grêle, qui avait évidemment attiré son attention de ce côté. A part ce cas de Westermarck, jamais le diagnostic exact ne fut posé ; on ne saurait d'ailleurs s'en étonner : il s'agit là d'une variété exceptionnelle de tumeur abdominale et il est toujours bon, en clinique, de ne pas penser aux maladies rares lorsque l'on porte un diagnostic ; nous voyons qu'on formula les diagnostics suivants :

1° Chez l'homme :

Rein flottant (Hahn) ;

Péritonite circonscrite tuberculeuse (Baltzer) ;

Carcinome du côlon transverse (Baltzer) ;

Sarcome abdominal (?) (Ketli et Dollinger);
Tumeur abdominale maligne du côlon ou de l'épiploon (Schiller);
Kyste hydatique du foie ou adénopathie tuberculeuse du mésentère (?) (Brault);
Tumeur abdominale (?) (Babes et Nassu);
Carcinome du côlon descendant (Heinze);
Rétrécissement iléo-cæcal (Gosset).

2° *Chez la femme :*

Rate hypertrophiée (?) (Fleming et Steven);
Kyste de l'ovaire et occlusion intestinale (Quensel);
Kyste de l'ovaire adhérent (Marwedel);
Sténose pylorique et gastrectasie (Rheinwald);
Fibrome utérin adhérent à l'intestin (Hawthorn);
Tumeur solide de l'ovaire (Lange);
Péritonite tuberculeuse ascitique (Terrier);
Kyste suppuré de l'ovaire (Mac Burney);
Appendicite subaiguë (Willy Meyer);
Pyosalpinx adhérent à l'intestin (Mermet);
Kyste de l'ovaire (Vitrac et Laubry).

L'énumération de ces différents diagnostics montre que le diagnostic clinique du sarcome de l'intestin est loin d'être facile, et même possible dans un grand nombre de cas.

Chez la femme, naturellement, les chirurgiens ont pensé aux tumeurs utérines ou annexielles et vraiment l'absence si fréquente de tous symptômes nets du côté de l'intestin et l'importance séméiologique de la tumeur abdominale perçue à la palpation excusent fort bien ces erreurs.

Si l'on est bien prévenu de l'existence du sarcome de l'intestin grêle, si l'on y pense, en un mot, au moment où on examine le malade, il est probable que l'on pourra faire néanmoins ce diagnostic dans un certain nombre de cas.

Le point le plus difficile est évidemment de localiser exactement le siège de la tumeur : si elle est libre dans l'abdomen, très mobile, correspondant au siège anatomique de l'intestin grêle, le diagnostic est grandement facilité ; si, au contraire, des adhérences fixent la

tumeur soit à l'utérus ou aux annexes, soit au gros intestin, nous voyons que le plus souvent on pensera, non sans raison, aux tumeurs plus fréquentes de ces différents organes.

La cachexie précoce, caractérisée par de l'amaigrissement, de l'asthénie, de l'anorexie, est un très bon signe observé souvent dès le début de la maladie ; il faudra en tenir grand compte dans la discussion du diagnostic.

La recherche du bacille de Koch dans les selles devra toujours être faite en cas de diarrhée rebelle pouvant éveiller l'idée d'une tuberculose intestinale ; nous avons vu que cette recherche, pour ainsi dire toujours positive dans les cas de tuberculose de l'intestin, avait toujours donné un résultat négatif dans les quelques cas de sarcomes où elle a été faite. De même lorsque l'examen des urines révèle une grande quantité d'indican, on devra penser plutôt à un obstacle au cours des matières siégeant sur l'intestin grêle que sur le gros intestin.

Mais, en somme, il n'y a rien de bien caractéristique dans tous ces symptômes, et le plus souvent le diagnostic ne sera posé qu'au moment de l'intervention chirurgicale. A ce moment, le ventre ouvert et les lésions sous les yeux, il faudra que le chirurgien sache reconnaître le sarcome des autres tumeurs intestinales ; ce que nous avons dit à l'anatomie pathologique nous a montré qu'en somme le diagnostic anatomique du sarcome à l'œil nu pouvait être souvent fait : la tumeur *volumineuse, bosselée, montrant à sa surface des extravasats sanguins, parfois très abondants, infiltrant toute la circonférence de l'intestin, mais en général sans le rétrécir, la présence de ganglions volumineux dans le mésentère*. Tels sont les principaux caractères macroscopiques qui signalent le sarcome.

Le diagnostic anatomique du sarcome et de l'épithélioma primitif de l'intestin grêle est facile : l'épithélioma, infiniment plus rare sur ce segment de l'intestin, se présente avec des caractères macroscopiques tout autres. La tumeur est en général de petit volume (une noix, un marron), elle détermine presque toujours une sténose très serrée du calibre de l'intestin, et l'envahissement ganglionnaire est en général moins marqué. Cependant, il faut s'empreser d'ajouter que parfois la similitude d'aspect des deux variétés de tumeurs malignes est grande ; et dans le cas de Kukula, l'auteur,

qui connaissait bien l'aspect des sarcomes primitifs du grêle, crut avoir affaire à l'une de ces tumeurs ; néanmoins, l'examen histologique montra qu'il s'agissait de cancer épithélial. De même la tuberculose de l'intestin grêle détermine en général des sténoses multiples : l'intestin est fortement sténosé par un tissu de cicatrice provenant de la guérison d'une vaste ulcération tuberculeuse ; l'aspect est donc tout autre que dans le sarcome ; cependant ici encore, les apparences peuvent être très trompeuses, et M. Tixier (de Lyon) présenta le 26 juin 1902, à la Société de chirurgie de Lyon, une pièce provenant d'une résection de l'intestin grêle qu'il avait faite la veille. « La tumeur enlevée, dit l'auteur, est constituée d'une part par un néoplasme annulaire et sténosant, qui a amené une dilatation considérable du segment sus-strictural ; d'autre part, par une infiltration diffuse du mésentère adjacent qui est bourré de ganglions et constitue une masse large comme la main, d'une épaisseur de 5 centimètres environ » ; il semblait donc s'agir ici soit d'un épithélioma, soit d'un sarcome primitif ; cependant l'examen histologique (docteur Paviot) montra que c'était de la tuberculose. Nous savons d'ailleurs qu'il existe au niveau de l'intestin et particulièrement à la région iléo-cæcale une forme de tuberculose hypertrophique qui ressemble absolument à un néoplasme et que l'examen histologique permet seul de reconnaître (Pilliet et Hartmann, Bezançon et Lapointe).

Pour toutes ces raisons, on peut, d'après l'aspect des lésions, penser que l'on a affaire à un sarcome plutôt qu'à un épithélioma ou à de la tuberculose ; mais on ne peut évidemment l'affirmer : le contrôle histologique est indispensable dans tous les cas.

Mais, dira-t-on, quelle importance a le diagnostic anatomique au moment de l'opération ? Il en a une très grande ; nous avons appris, en effet, que le sarcome de l'intestin grêle était souvent multiple et disséminé sur des portions très distantes de l'intestin grêle ; il faudra donc, si les caractères objectifs de la tumeur font penser au sarcome, rechercher avec soin s'il n'existe pas d'autres tumeurs disséminées sur l'intestin grêle ; toute tentative d'intervention radicale serait en effet dans ces cas absolument illusoire.

On voit donc que le diagnostic anatomique du sarcome est très utile pour le chirurgien et lui dictera souvent la conduite qu'il a à tenir.

CHAPITRE V

Traitement.

Le traitement du sarcome primitif de l'intestin grêle ne saurait être évidemment que chirurgical. Pouvons-nous espérer obtenir la guérison radicale par une ablation suffisamment large et précoce ? Il est difficile de répondre, vu le petit nombre de cas opérés et suivis que nous avons pu réunir. Néanmoins, l'observation de Hahn et celle de Züralski (Mikulicz) montrent que l'on peut obtenir une guérison à très longue échéance : dans l'observation de Hahn le malade, âgé de 19 ans, fut opéré, en 1887, par résection intestinale étendue pour sarcome globo-cellulaire de la fin de l'iléon ; Hahn écrivit à Rheinwald en 1900 qu'il avait suivi son malade pendant 8 ans sans récurrence ; en 1895, Hahn voulut guérir l'anus contre nature qui persistait depuis l'opération, et le malade succomba. Dans le cas de Züralski, le malade, homme de 40 ans, fut opéré, en 1888, par Mikulicz, par résection intestinale pour sarcome fuso-cellulaire de l'intestin grêle ; pendant *plusieurs années* (le chiffre n'est pas précisé), Mikulicz revit souvent le malade sans récurrence ; il fut ensuite perdu de vue.

Ces deux cas sont les seuls où l'absence de récurrence ait pu être constatée pendant un temps assez long pour que l'on puisse parler de guérison ; malgré leur petit nombre, ils autorisent cependant à pratiquer des interventions larges dans le sarcome primitif de l'intestin grêle.

§ 1. — Opération radicale

C'est la résection intestinale, dépassant le plus possible les limites de la tumeur sur l'intestin grêle et enlevant toutes les métastases ganglionnaires mésentériques, suivie de l'anastomose des deux bouts de l'intestin réséqué.

Indications, contre-indications. — Quels sont les cas particuliers de cette opération ? D'après ce que nous avons pu lire dans les observations rapportées ici, *il ne faut pas tenter cette opération dans la forme diffuse du sarcome intestinal* ; l'observation de Rovsing en est un bel exemple. Ce chirurgien, chez une fillette de un an et demi, réséqua un sarcome de l'intestin grêle : il fit l'entérorraphie circulaire avec le bouton de Murphy ; la petite malade guérit de l'opération, mais mourut de cachexie progressive trois mois après ; à l'autopsie, il existait sur l'intestin grêle toute une série de sarcomes au-dessus et au-dessous du segment réséqué ; l'intervention avait donc été parfaitement inutile ; dans ces cas, lorsque l'on constate, au moment de l'intervention, que l'on a affaire à la forme diffuse du sarcome et qu'il existe des accidents de sténose intestinale, il faut faire une intervention palliative, c'est-à-dire *l'entéro-anastomose*.

De même, nous croyons que l'opération radicale est contre-indiquée lorsqu'il existe des *adhérences multiples*, rendant très pénible et dangereuse la décortication de la tumeur ; la mortalité immédiate est, dans ces cas, extrêmement élevée : tel le cas de König, suivi de mort dans les 24 heures ; tels aussi celui de Mermet (Schwartz), celui de Westermarck, celui de Libman. Dans tous ces cas, l'opération fut très longue, très pénible, et certainement il eût mieux valu refermer le ventre ou faire une opération palliative.

Enfin, l'opération radicale nous semble contre-indiquée lorsqu'il existe des accidents d'*occlusion aiguë*. Dans le cas de Quensel, on fit chez la malade, en occlusion aiguë, au cinquième jour, une résection intestinale avec entérorraphie, et la malade mourut rapidement de péritonite.

Dans ces cas, où les accidents d'iléus réclament une intervention immédiate, nous croyons qu'il est préférable d'imiter la conduite de Rheinwald (Steinthal) : chez le malade, qui présentait des accidents d'occlusion aiguë, on se contenta de faire l'entérostomie ; puis deux mois et demi après, lorsque le malade fut complètement rétabli, on pratiqua la résection de la tumeur (sarcome globo-cellulaire), suivi de la fermeture des deux bouts et de l'entéro-anastomose ; la guérison fut rapide et le malade revu guéri 8 mois après, sans trace de récurrence. Cette conduite nous semble la bonne ; elle n'est d'ailleurs qu'une application au cas des tumeurs de l'intestin grêle de la méthode d'opération en deux temps, préconisée par Mikulicz pour les cancers du gros intestin, méthode qui a donné à son auteur des résultats si encourageants et si supérieurs à ceux des autres chirurgiens.

Ces cas particuliers mis à part (forme multiple du sarcome, adhérences trop étendues et accidents d'occlusion aiguë), le sarcome de l'intestin grêle doit être traité par la résection large, suivie du rétablissement de la continuité de l'intestin grêle.

Méthode de choix. — Quelle est la méthode de choix ? Il nous semble difficile de répondre d'une façon catégorique ; toutes les méthodes ont donné des succès : l'entérorraphie circulaire, avec ou sans bouton de Murphy, l'implantation termino-latérale, la fermeture des deux bouts suivie d'entéro-anastomose latérale. Voyons les chiffres :

1^o Entérorraphie circulaire (avec bouton de Murphy) : 7 cas, 3 morts ;

2^o Entérorraphie circulaire (sans bouton de Murphy) : 15 cas, 5 morts ;

3^o Implantation termino-latérale : 1 cas, 1 guérison ;

4^o Fermeture des deux bouts et entéro-anastomose latérale : 4 cas, 4 guérisons.

D'après cette petite statistique, il semble donc que l'entéro-anastomose latérale, après fermeture des deux bouts, soit préférable, puisqu'elle a donné une mortalité nulle ; il faut remarquer, pour être juste, qu'elle n'a été faite que quatre fois, tandis que l'entérorraphie circulaire a été pratiquée 14 fois, et souvent dans ces cas graves, avec adhérences multiples, dont nous avons parlé plus haut

et qui devraient être considérés comme inopérables. L'entérorraphie circulaire au bouton de Murphy a donné une mortalité relativement considérable : 3 morts sur 7 cas opérés ; mais elle aussi a été appliquée dans des cas graves, où la mort de l'opéré est due beaucoup plus à la longueur et à la difficulté de l'opération (Mermet, Libman) qu'au mode particulier de réunion de l'intestin.

Pour notre part, nous croyons que la résection intestinale, suivie de la fermeture des deux bouts, avec entéro-anastomose latérale, constitue le procédé de choix : l'écrasement de l'intestin avec une pince écrasante, suivant le conseil de Doyen, abrège notablement la durée de l'opération, et l'entéro-anastomose isopéristaltique offre le grand avantage d'éviter à coup sûr le rétrécissement cicatriciel secondaire de l'intestin, pourvu que l'on fasse la bouche intestinale suffisamment grande :

TECHNIQUE. — La technique à suivre, si l'on veut faire la résection suivie d'entéro-anastomose, est la suivante :

1^o Après avoir isolé soigneusement du restant de la cavité abdominale par un lit de compresses l'anse à réséquer, on applique au niveau de la future section supérieure une pince écrasante : on la serre doucement et progressivement jusqu'à écrasement complet des tuniques intestinales ; on place alors immédiatement, au niveau de cette section, un fil qui ferme ainsi le bout supérieur ; on place au-dessous du point écrasé une pince de Kocher ou une pince à mors élastiques et on coupe l'intestin entre le point écrasé et lié et la pince sous-jacente. On traite absolument de la même façon le point de l'intestin où l'on veut faire porter la section inférieure. Ceci fait, le segment d'intestin à réséquer est séparé du reste du canal intestinal. Il ne reste qu'à couper en coin le mésentère et à en faire l'hémostase provisoire par des pinces appliquées sur les points qui saignent.

2^o On enfouit sous un surjet séro-séreux les deux moignons d'intestin réséqués ; certains auteurs font, à la façon de Doyen, une suture séro-séreuse en bourse ; d'autres (Gosset) préconisent de faire deux surjets séro-séreux superposés pour être plus sûr de l'occlusion des moignons d'intestin. On fait ensuite l'hémostase définitive du mésentère, en remplaçant les pinces par des ligatures.

3^e On fait alors l'entéro-anastomose isopéristaltique entre les deux segments d'intestin ; cette entéro-anastomose est faite large, assurant une communication facile entre le bout afférent et l'efférent ; on emploie pour cette anastomose un double surjet à la soie ; le premier, séro-musculo-séreux, est destiné à enfouir et à protéger le second, qui est total, comprenant les trois tuniques de l'intestin, assurant ainsi à la fois l'occlusion de la cavité intestinale et l'hémotase des incisions faites sur l'intestin (Hartmann).

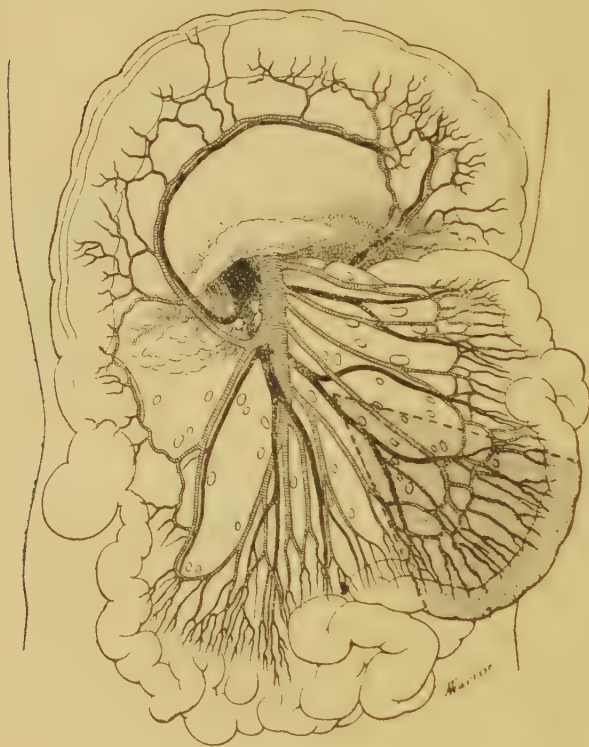
4^e On termine en fermant la brèche mésentérique par quelques points de suture ; il est en effet indispensable de ne laisser aucun orifice anormal dans le mésentère, car une anse grêle pourrait venir s'y étrangler.

C'est ce procédé qu'employa le docteur Gosset, dans l'observation que nous rapportons ici ; le malade guérit rapidement sans la moindre complication.

La seule objection que l'on puisse faire à l'entéro-anastomose avec fermeture des deux bouts, c'est qu'elle est un peu plus longue à exécuter que l'entérorraphie circulaire ; mais ce reproche est de bien mince valeur, si l'on considère qu'il ne faut tenter la résection que chez les malades encore résistants et en dehors des périodes d'occlusion aiguë ; que la durée de l'opération soit allongée de quelques minutes, cela n'a aucune importance, si le résultat doit être plus sûr. Il y a encore un autre facteur dont il faut tenir grand compte, lorsque l'on discute les avantages des procédés : c'est l'habitude que possède chaque chirurgien d'employer telle ou telle technique ; il y a là un coefficient personnel qu'il ne faut pas négliger et qui explique que, malgré tant de papier noirci, chacun reste fidèle au procédé qu'il a en main et qui lui a donné de bons résultats.

Pour l'entérorraphie circulaire, nous ne pouvons entrer dans le détail des différentes techniques employées par les auteurs ; on tend de plus en plus aujourd'hui à employer, soit le procédé de Czerny-Kocher, entérorraphie circulaire à deux plans de suture, le premier total, le second séro-musculo-séreux, soit l'entérorraphie circulaire avec bouton de Murphy. Ce dernier procédé n'a qu'un seul avantage, c'est la rapidité d'exécution, considération qui n'a d'importance que si le malade est très cachectique et ne peut supporter une intervention un peu longue.

La résection du mésentère sera plus ou moins étendue suivant les cas : s'il n'existe pas d'adénopathie ou de métastases mésentériques volumineuses, on pourra s'arrêter dans la résection à l'arcade vasculaire qui avoisine le bord concave de l'intestin ; mais si



l'on sent des ganglions volumineux ou des noyaux secondaires dans le mésentère, il ne faudra pas hésiter à les enlever ; avec cette restriction que si l'infiltration ganglionnaire s'étend jusqu'à la racine même du mésentère, toute tentative d'opération radicale est inutile. Si l'infiltration ne s'étend pas jusqu'à la racine du mésentère, si elle envahit seulement les gros ganglions qui accompagnent les branches primaires de l'artère mésentérique supérieure, on peut

fort bien les enlever, en ayant soin de réséquer alors une très grande étendue d'intestin grêle ; si nous regardons la figure ci-contre, qui représente la disposition normale des vaisseaux sanguins et des ganglions lymphatiques de l'intestin grêle (d'après Merkel, nous voyons parfaitement que chaque branche primaire de l'artère mésentérique a un territoire cunéiforme, en quelque sorte, d'intestin grêle à desservir ; si on lie cette artère même très près de son origine sur le tronc de l'artère mésentérique, *pourvu que l'on enlève suffisamment d'intestin grêle à la périphérie*, on voit que la circulation dans le reste de l'intestin grêle sera facilement assurée, grâce aux anastomoses en arcades des branches primaires, secondaires et tertiaires de l'artère mésentérique supérieure. On enlèvera donc un segment cunéiforme, comprenant à la périphérie une très grande longueur, 60 ou 80 centimètres d'intestin grêle, puis toute l'épaisseur du mésentère, en coin, jusqu'au niveau d'une branche primaire de l'artère mésentérique supérieure ; la tumeur, les troncs lymphatiques efférents et les ganglions mésentériques seront ainsi enlevés en continuité ; il n'y a qu'une seule précaution à prendre, elle est capitale, nous l'avons vu, c'est de ne pas lier le tronc même de l'artère mésentérique ; toutes les manœuvres seront grandement facilitées par la transparence relative du mésentère, qui permet de suivre facilement les troncs artériels et veineux dans son épaisseur, et de voir exactement leurs territoires de distribution.

Nous avons voulu vérifier par une expérience si la résection du mésentère pouvait se faire impunément très haut, jusqu'à une branche primaire de l'artère mésentérique supérieure ; nous avons choisi le chien comme animal d'expérience. Nous avons procédé de la façon suivante (1) :

L'anesthésie générale obtenue par l'injection de chloralose dans les veines, nous avons fait une laparotomie médiane ; nous avons attiré au dehors un segment d'intestin grêle (iléon) assez long ; nous avons vu alors qu'une branche primaire de l'artère mésentérique se distribuait à ce segment intestinal en s'anastomosant en arcades au voisinage du bord mésentérique de l'intestin absolu-

(1) Nous tenons à remercier ici notre excellent collègue S. Mercadé, aide d'anatomie à la Faculté, qui a bien voulu nous assister dans cette opération, pratiquée dans le laboratoire de notre cher maître H. Hartmann.

ment comme chez l'homme. Nous avons alors enlevé environ 40 centimètres d'intestin grêle en réséquant en même temps, en coin, tout le territoire mésentérique correspondant, et en liant la branche artérielle primaire au ras du tronc de l'artère; nous avons ensuite réuni par quelques points la fente mésentérique ainsi produite et fermé les deux bouts d'intestin, après ligature en masse et surjet aéro-séreux d'enfouissement. Nous avons terminé par une entéro-anastomose latérale typique, isopéristaltique. L'opération avait duré trois quarts d'heure. Le chien supporta parfaitement cette opération; il mangea dès le surlendemain, et sa guérison était complète le 10^e jour. A ce moment malheureusement le chien, descendu au laboratoire de physiologie, fut perdu et nous ne pûmes avoir la pièce anatomique, comme nous nous proposons de le faire, en tuant l'animal au bout d'un mois.

Ce résultat expérimental démontre donc que la résection du mésentère peut être prolongée très haut, jusqu'au près du tronc de l'artère mésentérique, pourvu que l'on ait soin de réséquer une longueur relativement très grande d'intestin grêle.

Ce résultat confirme d'ailleurs ce que nous savions déjà de par l'expérience chirurgicale des ablations de tumeurs volumineuses du mésentère; souvent, en pratiquant ces opérations, les chirurgiens se sont vu amener à réséquer à la périphérie de très grandes longueurs d'intestin [jusqu'à 3 mètres (Ruggi)], qui, privé de ses vaisseaux nourriciers, se serait certainement sphacélé. Car, nous ne saurions trop le répéter, il faut distinguer entre les anastomoses *physiologiques*, les seules importantes au point de vue chirurgical, et les anastomoses *anatomiques*; du fait qu'une injection artérielle poussée par une branche quelconque de l'artère mésentérique remplit tout le réseau de cette artère, il ne faut nullement en conclure que la ligature du tronc de cette artère, ou de plusieurs des branches, sera facilement supportée; la paroi de l'intestin, privée d'une circulation suffisante pendant plusieurs heures, devient facilement la proie des microbes contenus dans sa lumière, et il en résulte infailliblement un sphacèle partiel, suivi de perforation; à défaut d'autres preuves, nous connaissons aujourd'hui des faits nombreux d'embolies ou de thromboses d'une branche de la mésentérique ayant provoqué du sphacèle de l'intestin.

Remarquons même que si, par hasard, il existait au milieu du mésentère un gros ganglion isolé, éloigné de l'intestin, ou une métastase solitaire, on pourrait parfaitement l'enlever en liant même au besoin une branche de l'artèremés entérique voisine; en effet, Bégouin a montré, dans une série de recherches expérimentales des plus intéressantes (1), que la crainte de la ligature des branches mésentériques était loin d'être justifiée; pourvu que l'on respecte l'arcade artérielle anastomotique qui suit à une certaine distance le bord mésentérique de l'intestin grêle, on peut très bien lier une branche primaire ou secondaire importante de l'artère mésentérique, sans amener de troubles de circulation, ni de gangrène au niveau de l'intestin grêle correspondant. En se tenant donc à distance de l'arcade anastomotique terminale des branches de la mésentérique, placée en bordure de l'intestin grêle d'une part, et du tronc même de la grande mésentérique et de ses branches primaires d'autre part, on pourra très bien lier, sans danger de gangrène pour l'intestin, une branche secondaire même volumineuse de la mésentérique supérieure.

La longueur d'intestin grêle que l'on peut réséquer sans danger pour la vie du malade est, on le sait, très étendue; Kukula (2), dans un travail très complet sur cette question des grandes résections de l'intestin grêle, a montré que l'on pouvait enlever des longueurs relativement énormes d'intestin grêle sans provoquer de troubles sérieux; c'est ainsi que dans un cas de tumeur du mésentère, Kukula réséqua 2 m. 37 d'iléon; sa malade, revue 2 ans et demi après, était parfaitement bien portante; de même, l'antino et Ruggi purent réséquer, sans dommage pour leurs opérés, l'un 3 m. 10, l'autre 3 m. 30 d'intestin grêle. Le malade de Ruggi (un enfant de 8 ans) fut examiné par Sagini au point de vue spécial de l'utilisation de l'Az et des graisses 1 an après l'opération; les échanges furent trouvés normaux par le physiologiste. A côté de ces chiffres extrêmes, on trouve couramment pour ainsi dire des résections portant sur une longueur d'intestin grêle de 1 m. 60 (Kocher), 2 m. 05 (Köberlé), 2 m. 15 (Dreesman), 2 m. 34 (Shepherd).

(1) BÉGOUIN, *Arch. de physiologie*, 1898, p. 39.

(2) KUKULA, *Arch. f. klin. Chirurgie*, 1900, Bd. LX, p. 887.

On voit donc que l'on peut réséquer sans inconvénient des longueurs énormes d'intestin grêle ; l'étendue des métastases ganglionnaires mésentériques n'est donc pas un obstacle à la résection, pourvu que les ganglions dégénérés n'atteignent pas le tronc même de l'artère mésentérique supérieure.

D'après un récent travail de Nagano (1), les résections étendues portant sur le jéjunum seraient beaucoup plus graves que celles de même longueur portant sur l'iléon ; d'après les expériences de cet auteur, faites sur des chiens, les troubles de l'absorption seraient beaucoup plus marqués lorsque la résection a été faite sur le jéjunum ; il est difficile actuellement de vérifier cette conclusion expérimentale sur l'homme, car, dans bien des faits cliniques de résections intestinales étendues, les auteurs ne spécifient pas exactement sur quelle portion de l'intestin grêle la résection a porté. D'ailleurs Nagano confirme les résultats de Kukula et montre que l'on peut réséquer sans danger pour la vie de l'animal un tiers de l'intestin grêle, voire même la moitié dans des cas extrêmes ; après ces résections étendues, il faut toujours un régime alimentaire très rigoureux, pour éviter les attaques de diarrhée et les troubles de l'absorption intestinale qui en résultent.

Résultats. — 1° *Les résultats immédiats* obtenus dans les tentatives d'opérations radicales sont les suivants :

Entérorraphie circulaire :

Adultes : 18 cas, 11 guérisons, 7 morts.

Enfants : 3 cas, 3 guérisons.

Entéro-anastomose termino-latérale :

Adultes : 1 cas, 1^{er} guérison.

Entéro-anastomose latérale après fermeture des deux bouts :

Adulte : 4 cas, 4 guérisons.

Résection ; anus contre nature :

Adultes : 1 cas, 1 guérison.

(1) NAGANO, *Beitr. zur klinischen Chir.*, 1900, Bd. XXXVIII, p. 431.

La mortalité totale, en comprenant les résultats de tous les procédés chez l'enfant et chez l'adulte, est de 25,9 p. 100 ; elle est donc relativement élevée ; mais si nous prenons seulement les cas où il n'y avait pas d'adhérences trop étendues et où l'intestin se laissait attirer facilement au dehors, nous voyons que la mortalité s'abaisse à 9,2 p. 100.

Si nous considérons les causes de mort après l'opération nous trouvons que les cas peuvent se décomposer ainsi :

Quatre cas où la mort survint rapidement après l'opération qui avait présenté des difficultés très grandes (adhérences multiples, difficultés de suture) ; ce sont ceux de König, Mermet, Marwedel et Libman.

Dans les 3 cas qui restent [Quensel, Westermarck (Berg) et Baltzer], les causes de mort ont été les suivantes :

1° Quensel, péritonite, insuffisance de la suture ;

2° Westermarck (Berg), mort d'anurie le 5^e jour ;

3° Baltzer, mort dans la nuit qui suivit l'opération, de collapsus brusque ; suture suffisante à l'autopsie.

Si nous comparons la gravité de l'intervention chez l'enfant et chez l'adulte, nous voyons que dans les 3 cas de résection pratiqués chez l'enfant, la mortalité opératoire est nulle ; évidemment, ces chiffres sont bien faibles pour permettre une généralisation ; cependant, ils ont leur intérêt, car le petit malade de Rovsing n'avait qu'un an et demi et supporta néanmoins très bien l'opération. L'âge du malade ne saurait donc être une contre-indication.

2° Envisageons maintenant les *résultats éloignés* de ces interventions ; voici les résultats :

Adultes :

Sans récidive au bout de 8 ans : 1 cas : (Hahn)

Sans récidive pendant plusieurs années : 1 cas [Züralski (Mikulicz)].

Sans récidive 18 mois après : 1 cas (Willy Meyer).

Sans récidive 1 an après : 1 cas (Babes et Nanu).

Sans récidive 10 après : 1 cas (Rheinwald).

Sans récidive 8 mois après : 1 cas (Rheinwald).

Sans récidive 5 mois après : 2 cas (Engström, Gösset).

Récidive au bout de 1 an : 2 cas (Steiner, Engström).

Récidive au bout de 5 mois : 2 cas (Engström, Westermarck (Berg)).

Récidive au bout de 4 mois : 1 cas (Kétli et Dollinger).

Récidive au bout de 2 mois : 1 cas (Hawthorn).

Enfants :

Sans récidive au bout de 6 mois : 1 cas (van Zwalenburg).

Mort de récidive au bout de 3 mois (Rovsing).

Mort de récidive au bout de 3 semaines (Siegel).

Nous voyons que, chez l'enfant, un seul cas, celui de van Zwalenburg, fut revu sans récidive au bout de 6 mois : le petit malade avait même engraisié de 17 livres ; on peut donc espérer un bon résultat à longue échéance. Dans les deux autres faits de Rovsing et de Siegel, l'opération fut absolument inutile, la mort survint très peu de temps après l'opération (3 semaines (Siegel), 3 mois (Rovsing)) ; on ne peut même pas parler de récidive dans le cas de Rovsing, puisque ce chirurgien n'avait enlevé qu'une seule des nombreuses tumeurs qui siégeaient sur l'intestin grêle.

Chez l'adulte, 2 cas sont très encourageants, ce sont ceux de Hahn et de Züralski (Mikulicz). De même celui de Willy Meyer, revu sans récidive au bout de 18 mois, permet d'espérer qu'il y aura peut-être guérison définitive. Nous avons voulu voir si la nature histologique de la tumeur permettait d'expliquer l'absence de récidive dans certains cas ; il n'en est rien ; le plus beau résultat, celui de Hahn, était cependant un sarcome globo-cellulaire ; dans le cas de Züralski (Mikulicz), il s'agissait de sarcome fuso-cellulaire, de même dans celui de Babes et Nanu et le nôtre (Gosset). Dans tous les autres cas (Willy Meyer, Engström, Rheinwald), la tumeur était un sarcome globo-cellulaire. Il nous semble donc que le résultat dépend beaucoup plus de la largeur de l'exérèse et de la précocité de l'intervention que de la nature même de la tumeur.

Dans un seul cas, jusqu'à présent, celui de Lange, on s'est contenté de faire l'entérectomie partielle, avec suture de l'intestin ; il est vrai que la tumeur était pédiculée et que l'on put facilement l'enlever en réséquant simplement un petit segment de la circon-

férence de l'intestin. La malade guérit; à l'examen histologique, il s'agissait d'un fibro-sarcome, en partie calcifié, par conséquent d'une tumeur relativement peu grave; l'auteur ne dit rien, dans son observation, du résultat éloigné. Il faut d'ailleurs considérer ce fait comme exceptionnel et, dans l'immense majorité des cas, nous l'avons vu, il faut enlever tout le segment d'intestin et de mésentère correspondant à l'insertion de la tumeur maligne.

§ 2. — Intervention palliative.

Les interventions palliatives que l'on peut pratiquer en cas de sarcome de l'intestin grêle sont : *l'entérostomie et l'entéro-anastomose*. Ces deux opérations n'ont été que fort rarement pratiquées, ce qui s'explique facilement, puisque le sarcome est rarement sténosant. *L'entérostomie* a été faite 2 fois (cas de Rutherford et de Rheinwald). Le malade de Rutherford mourut quelques jours après l'opération; dans l'observation de Rheinwald, au contraire, le malade fut soulagé, et trois mois et demi après on lui fit avec succès l'extirpation de sa tumeur; nous avons déjà vu que cette intervention en deux temps devait être considérée comme l'opération de choix dans les cas de grosse tumeur déterminant des phénomènes d'occlusion aiguë.

L'entéro-anastomose n'a été pratiquée qu'une seule fois (obs. de Schiller); il s'agissait d'un homme de 36 ans, présentant une série de tumeurs sarcomateuses sur intestin grêle avec envahissement considérable des ganglions mésentériques; on crut bon de s'abstenir de toute intervention radicale et l'on fit l'entéro-anastomose avec le bouton de Murphy, entre deux anses d'intestin grêle; le malade guérit de l'intervention; il fut très soulagé pendant 4 mois, l'appétit revint et les douleurs cessèrent; mais, au bout de 4 mois, on revit le malade avec des tumeurs abdominales très augmentées de volume, ayant perdu de nouveau son appétit, maigrissant et présentant en outre des phénomènes très douloureux de cystite. L'intervention palliative eut donc dans ce cas un bon résultat immédiat, malheureusement éphémère, comme c'est d'ailleurs la règle en pareil cas.

§ 3. — **Laparotomie exploratrice.**

Cette opération constitue naturellement le premier temps de toute intervention chirurgicale sur un sarcome de l'intestin grêle : souvent même le chirurgien se contente de reconnaître les lésions et, ayant jugé le cas inopérable, referme le ventre. Cette intervention a été pratiquée 11 fois avec les résultats suivants :

Adultes, 7 cas, 5 morts, 2 guérisons opératoires ;

Enfants, 4 cas, 3 morts, 1 guérison opératoire.

Les résultats déplorables donnés par cette opération, pourtant si simple tiennent, tout simplement à ce fait qu'on opère des malades très cachectiques, souvent incapables de supporter même l'anesthésie. Il est certain que lorsqu'on se trouve en présence d'un malade cachectique, présentant déjà des œdèmes ou de l'ascite, des accidents pulmonaires ou cardiaques, il vaut mieux ne rien faire. Au contraire, si le malade semble encore assez résistant, on peut observer quelquefois une légère amélioration, très passagère, des symptômes après la laparotomie exploratrice ; c'est ce qui se produisit dans le cas de Brault et dans le nôtre première (obs. personnelle). Naturellement la mort ne tarda pas à survenir dans l'un et l'autre cas, avec réapparition de tous les accidents dans les jours qui précédèrent la mort.

DEUXIÈME PARTIE

ÉPITHÉLIOMAS PRIMITIFS DE L'INTESTIN GRÊLE

L'épithélioma primitif de l'intestin grêle, si l'on en excepte celui du duodénum et de la valvule iléo-cæcale, est extrêmement rare. Nous n'avons pu en réunir à grand'peine que 10 observations. Il est vrai que nous avons rejeté tous les cas incomplets, manquant d'examen histologique. Le diagnostic de la nature de la tumeur à l'œil nu est impossible, et la confusion avec le sarcome ou la tuberculose peut être faite par les plus exercés. De même nous avons laissé de côté les observations de cancers métastatiques de l'intestin grêle, beaucoup plus fréquents que les primitifs. Telles sont par exemple les observations de Waldeyer (1), Coupland et Morris (2), Partsch (3), Wernick (4), Reincke (5). Les cas de ces auteurs, publiés partout comme des exemples de cancers primitifs de l'intestin grêle, sont en réalité tous des cancers secondaires; la tumeur primitive siégeait dans l'ovaire (Reincke), dans l'utérus (Waldeyer, Coupland et Morris, Wernick), au pylore (Partsch).

C'est en nous basant sur l'étude des 10 observations que nous avons pu recueillir que nous tracerons ici rapidement l'étude du cancer primitif du jéjuno-iléon.

(1) WALDEYER, *Virchow's Archiv*, 1872, t. LV, p. 114.

(2) CONPLAND et MORRIS, *British med. Journal*, 1878, t. I, p. 122.

(3) PARTSCH, *Centralbl. f. Chirurgie*, 1883, t. X, p. 833.

(4) WERNICK, *Virchow's Archiv*, 1870, Bd. L, p. 138.

(5) REINCKE, *Virchow's Archiv*, 1870, Bd. LI, p. 191.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

L'épithélioma primitif de l'intestin grêle se présente en général sous la forme d'une tumeur peu volumineuse (une noix, un marron, une bague encerclant l'intestin), qui rétrécit la lumière intestinale dans la grande majorité des cas. La *sténose* que ce néoplasme peut produire est en général *serrée : six fois sur dix*, d'après nos observations). Voici donc un caractère différentiel très important d'avec le sarcome, qui, nous l'avons vu, n'est qu'exceptionnellement une cause de rétrécissement de l'intestin grêle. Au contraire, ce caractère rapproche l'épithélioma de l'intestin grêle de celui du gros intestin : il est vraisemblable que la production de la lésion est due à la réaction de sclérose très marquée que provoque l'épithélioma dans la paroi intestinale ; si cette sclérose est annulaire, comme le cas est fréquent, le rétrécissement en virole est constitué. Le cancer primitif de l'intestin grêle est assez souvent ulcéré (3 fois sur 6) : dans un cas, celui de Lubarsch (II), l'ulcération cancéreuse, grande comme une pièce de cinquante centimes, présentait sur les bords surélevés, irrégulièrement bosselés, un fond creusé jusqu'à la musculaire et ressemblait absolument au cancer du pylore ulcéré par exemple ; cependant il faut remarquer que l'aspect du cancer peut être très trompeur et ressembler beaucoup à celui du sarcome : tel était le cas dans l'observation de Kukula ; la pièce enlevée, ce chirurgien crut absolument qu'il s'agissait d'un sarcome. Le néoplasme était bosselé, volumineux, de couleur blanchâtre à la coupe et ne rétrécissait pas le calibre de l'intestin.

L'examen histologique vint donner un démenti à cette supposition : il s'agissait d'adéno-carcinome absolument typique.

Le siège exact de la tumeur sur l'intestin grêle n'est pas toujours précisé : 3 fois le cancer siégeait sur l'iléon, 3 fois sur le jéjunum ; dans les autres observations, l'auteur dit simplement « sur une anse d'intestin grêle ».

Un fait très important, qui rapproche le cancer du sarcome, c'est que souvent aussi il est multiple : 4 fois sur 9 dans nos observations, soit dans 44,4 p. 100 des cas. Dans le cas de Schede, il y avait 2 cancers annulaires et sténosants, situés à environ 50 centimètres l'un de l'autre ; dans l'observation de Kukula, on trouvait deux grosses tumeurs à une vingtaine de centimètres l'une de l'autre et une série de petites tumeurs placées dans la paroi de l'intestin, au-dessus et au-dessous des deux grosses. Dans les 2 faits rapportés par Lubarsch, il y avait une tumeur principale grosse comme une noix tout au plus et une série de nodules disséminés dans l'épaisseur de l'intestin grêle au-dessus et au-dessous de la tumeur. Cette multiplicité possible du cancer de l'intestin grêle est une notion chirurgicale importante que l'on devra avoir présente à l'esprit si l'on opère un cas de ce genre ; il sera parfois nécessaire de faire, comme Kukula, pour des tumeurs relativement peu volumineuses, une résection très étendue de l'intestin grêle (75 centimètres).

L'envahissement des ganglions mésentériques est fréquent ; il est noté 5 fois sur 10. Dans l'observation de Farquhar Curtis, la présence d'un ganglion néoplasique sus-claviculaire gauche est signalée ; le ganglion aurait augmenté de volume 5 mois après l'intervention chirurgicale.

Les métastases viscérales (foie, reins) ne sont notées que dans 2 observations ; mais ce fait tient à ce que, dans plusieurs cas, il n'y eut pas d'autopsie complète et que par conséquent les métastases viscérales n'ont pas été soigneusement recherchées. :

La structure de ces néoplasmes est toujours la même : *épithélioma cylindrique atypique, adéno-carcinome, cancer alvéolaire*, n'étant que des étapes différentes d'un même processus néoplasique. Lubarsch, qui a pu voir de très petits néoplasmes au début, a montré que l'épithélioma cylindrique de l'intestin grêle se développait aux dépens des *glandes de Liebekühn*.

Nous ne savons naturellement rien sur l'étiologie de ces épithéliomas intestinaux. Notons simplement la coexistence curieuse d'ulcérations tuberculeuses nettes (avec cellules géantes et bacilles) avec l'épithélioma cylindrique dans l'observation de Lubarsch; nous avons déjà vu cette même coexistence signalée dans quelques observations de sarcomes primitifs (Nothnagel, Kraus).

L'âge des malades est variable; cependant, à part l'observation de Duncan, qui a trait à un enfant de 3 ans et demi, fait tout à fait exceptionnel pour l'épithélioma en général, ce sont *plutôt les adultes ou les vieillards* qui sont atteints de cancer de l'intestin grêle. Les malades avaient 66 ans (Hahn), 70 ans (Bacaloglu), 56 ans (Merill Rickets), 52 ans (Lubarsch), 50 ans (Schede), 40 ans (Kukula), 33 ans (Fasquhar Curtis) et 23 ans (Morton). Cette fréquence incontestablement plus grande de l'épithélioma chez les vieillards ou les adultes diffère donc beaucoup de la fréquence du sarcome chez les enfants ou les individus jeunes.

CHAPITRE II

Etude clinique.

Symptômes. — Il est bien difficile et un peu téméraire de faire une description complète des symptômes d'une maladie d'après 10 observations ; néanmoins, il est un fait frappant à la lecture de nos observations, c'est la fréquence des *phénomènes d'occlusion intestinale*. Alors que dans le sarcome nous avons vu que ces accidents étaient exceptionnels, ils sont ici très fréquents : dans 3 observations sur 7, où il y a une histoire clinique, c'est-à-dire dans 42,8 p. 100 des cas, au moment où le malade fut examiné il existait des accidents d'*obstruction intestinale*. Dans l'observation de Hahn, l'occlusion était complète depuis 24 heures et avait été précédée d'*obstruction chronique* ; dans celle de Morton, et celle de Merrill Rickets, l'obstruction intestinale remontait à plusieurs jours et le ventre était ballonné, météorisé. Dans les autres faits rapportés ici, il existait toujours des accidents du côté du tube digestif, sauf dans l'observation de Duncan. Les phénomènes morbides étaient toujours des vomissements, de la diarrhée alternant avec de la constipation ; une seule fois, des hématomèses et du méléna sont signalés (Bacologlu).

Tous ces symptômes différencient donc nettement l'épithélioma du sarcome au point de vue clinique : *fréquence de la sténose intestinale aboutissant à l'obstruction et même à l'occlusion, constance presque absolue de phénomènes pathologiques du côté de l'intestin dans l'épithélioma, rareté très grande de l'obstruction intestinale et rareté relative des symptômes intestinaux dans le sarcome.*

La tumeur formée par l'épithélioma étant en général peu volumi-

neuse n'est que rarement sentie à la palpation (sauf cependant dans l'observation de Kukula); nous avons vu qu'au contraire dans le sarcome il était, pour ainsi dire, toujours possible de palper une tumeur et que c'était souvent le signe le plus précoce.

Les *douleurs* sont souvent notées dans l'épithélioma; elles viennent sous forme d'attaques, de coliques le plus souvent, et relèvent de la sténose intestinale; cependant, dans l'observation de Farquhar Curtis, la douleur était fixe, siégeait dans la fosse iliaque droite et avait fait croire qu'il s'agissait d'appendicite. Dans l'observation de Kukula, les douleurs survenaient quelques heures après les repas, ce qui fut expliqué par l'intervention, qui montra que la tumeur occupait le début du jéjunum.

Les *phénomènes généraux* (amaigrissement, anorexie) sont signalés dans 4 cas (Schede, Farquhar Curtis, Hahn, Kukula); dans l'observation de Bacaloglu, le malade, âgé de 70 ans, était en même temps tuberculeux à un degré avancé. Dans celle de Duncan, qui a trait à un enfant de 3 ans et demi, la maladie débuta par de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum; il survint ensuite un épanchement pleural qui fut ponctionné à plusieurs reprises.

Évolution. — La *marche* de l'épithélioma est relativement beaucoup plus lente que celle du sarcome, qui, nous l'avons vu, évolue en moyenne en quatre à cinq mois. Dans celles de nos observations où la date du début est signalée, nous trouvons les chiffres suivants : 2 ans dans le cas de Bacaloglu, 8 mois dans ceux de Kukula et de Hahn, plusieurs mois dans ceux de Farquhar Curtis et Merrill Rickets, 3 mois dans celui de Schede; chez l'enfant, la marche semble beaucoup plus rapide : la maladie, en effet, ne dura que deux mois, depuis son début jusqu'à la mort du malade (obs. de Duncan). Le début est d'ailleurs toujours le même : anorexie, amaigrissement, troubles dyspeptiques, selles irrégulières (constipation ou diarrhée); c'est ensuite soit l'apparition des accidents d'occlusion intestinale aiguë ou chronique, soit la persistance des troubles digestifs qui décident le malade à consulter.

Diagnostic. — Le *diagnostic clinique* est très difficile et ne fut jamais posé d'une façon précise; en effet, si nous avons vu que le diagnostic du sarcome était hérissé de difficultés, cela est encore plus vrai pour l'épithélioma; comme ce sont en général les troubles

digestifs ou les phénomènes de sténose intestinale qui prédominent, on pense aux causes les plus habituelles de ces troubles; or, nous savons que l'épithélioma primitif de l'intestin est fort rare, aussi n'y pense-t-on pas. Dans les observations rapportées ici les diagnostics suivants furent portés :

Hahn, sténose intestinale avec occlusion (?);

Schede, fibrome de la paroi abdominale ;

Merill Rickets, obstruction intestinale (?);

Farquhar Curtis, tumeur maligne intestinale (?);

Kukula, carcinome du ~~côlon descendant~~ (?);

Morton, obstruction intestinale.

Nous voyons que, si le diagnostic des accidents secondaires fut, en général, fait correctement, celui du siège exact et de la nature de la tumeur ne fut même pas soupçonné; Kukula pensa à un cancer du côlon descendant; l'insufflation du côlon lui avait, en effet, montré que la tumeur de l'hypochondre gauche devenait moins nette et moins mobile à la suite de cette manœuvre; en réalité l'épithélioma formant tumeur volumineuse (ce qui est exceptionnel) occupait le début du jéjunum, immédiatement au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal.

L'erreur de Schede s'explique par ce fait que l'épithélioma qui occupait la fin de l'iléon était adhérent à la paroi abdominale à droite de la ligne médiane et simulait absolument un fibrome profond de la paroi abdominale sus-jacent à l'arcade de Fallope. Dans les autres faits, l'occlusion intestinale chronique était au premier plan et l'on ne put en déterminer la cause avant l'opération.

En présence de cas analogues, il est bien vraisemblable que l'on pensera toujours aux causes les plus fréquentes d'occlusion chronique chez l'adulte, c'est-à-dire aux cancers du gros intestin. L'erreur n'a pas grande importance, puisque le traitement chirurgical est le même. L'important pour le chirurgien est de connaître l'existence de ces épithéliomas primitifs de l'intestin grêle et leurs caractères anatomopathologiques, qui pourront souvent les lui faire reconnaître au cours d'une opération.

CHAPITRE III

Traitement.

L'observation de Schede est particulièrement intéressante, car elle nous démontre que l'on peut espérer une guérison prolongée après l'extirpation d'un épithélioma primitif de l'intestin grêle.

En effet ce chirurgien pratiqua, chez son malade, âgé de 50 ans, la résection de la tumeur intestinale, adhérente à la paroi abdominale, le 18 juin 1883. Le malade guérit parfaitement ; il fut revu en septembre de la même année, ayant engraisé de 12 livres depuis l'opération.

En mars 1884, c'est-à-dire près d'un an après l'opération, il revint voir Schede ; à ce moment il souffrait de nouveau de constipation ; il n'y avait rien d'anormal au niveau de la cicatrice. Schede se décida à faire une incision exploratrice ; il reconnut que la cause de la constipation était une bride, qui fut sectionnée. Malheureusement le malade mourut 6 jours après de broncho-pneumonie. A l'autopsie, on put constater qu'il n'y avait *nulle part trace de récurrence*. Ainsi donc, ce fait sur lequel nous insistons, car il est unique jusqu'à présent, montre que l'on peut espérer une survie notable et une guérison peut-être définitive, après l'ablation d'un cancer de l'intestin grêle.

Dans tous nos autres cas, ou bien la mort survint du fait de l'opération, ou bien il y eut une récurrence rapide. La statistique n'est donc pas brillante jusqu'à présent.

1883. Schede : 1 résection. 1 guérison.

1897. Hahn : 1 entéro-anastomose. Mort de choc en 10 heures.

1894. Merrill Rickets : 1 résection. Mort de choc en 10 heures.

1902. Farquhar : Curtis : 1 résection : 1 guérison opératoire ; 5 mois après, récidive.

1909. Kukula : 1 résection. 1 guérison ; récidive rapide.

1893. Morton : Entérostomie. Mort 3 mois après.

Les 2 morts immédiates (Hahn, Merill Rickets) s'expliquent très bien par ce fait que les malades étaient en occlusion au moment de l'intervention ; ces malades sont incapables de supporter une opération un tant soit peu longue et seule l'entérostomie ou l'entéro-anastomose, avec intervention secondaire, peuvent donner des résultats dans ces cas ; Hahn n'avait cependant fait que l'entéro-anastomose, mais l'opération avait duré 1 heure un quart ; or, nous croyons que bien peu de cancéreux en occlusion pourront jamais supporter une intervention aussi longue ; a fortiori, la mort était presque inévitable dans le fait de Merill Rickets, qui fit chez sa malade, en occlusion depuis 15 jours, une entérectomie avec entérorraphie immédiate. Au contraire, les 3 malades de Schede, Kukula et Farquhar Curtis, qui n'étaient pas en période d'occlusion, ont bien supporté l'intervention ; seul le malade de Schede guérit à longue échéance ; celui de F. Curtis fut revu 5 mois après avec une récidive certaine ; la malade de Kukula récidiva rapidement et succomba à l'intervention secondaire complexe que lui fit subir ce chirurgien.

Il nous semble que les indications du traitement peuvent être posées de la façon suivante : 1°) Si le malade est en période d'occlusion, faire l'opération la plus courte possible : laparotomie, détermination rapide du siège de l'occlusion ; l'entérostomie, ou tout au plus entéro-anastomose si le malade offre quelque résistance. Si à la suite de l'entérostomie ou de l'entéro-anastomose le malade se rétablit suffisamment, intervention secondaire et éventuellement résection intestinale et entérorraphie ; 2°) si le malade n'est pas en période d'occlusion : laparotomie, détermination du siège de la tumeur et de ses connexions ; si elle est jugée inopérable, entéro-anastomose ou même gastro-entérostomie pour une tumeur de l'angle duodéno-jéjunal (comme dans le cas de Kukula) ; si, au contraire, le néoplasme est enlevable, deux cas peuvent se présenter : si le malade est assez résistant, entérectomie avec résection cunéiforme haute du mésentère (voyez les sarcomes), suivies soit d'enté-

rorraphie circulaire, soit de la fermeture des deux bouts et de l'entéro-anastomose latérale ; si le malade est affaibli et qu'une intervention trop longue soit jugée dangereuse, entérectomie simple et fixation des deux bouts de l'intestin dans la plaie ; secondairement, traitement de cet amas contre nature, ceci n'étant qu'une application particulière à l'intestin grêle de la méthode préconisée par Mikulicz et Greismith pour les cancers du gros intestin.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle (duodénum excepté) sont relativement rares comparées à la fréquence de celles du gros intestin. On peut décrire deux variétés différentes de ces tumeurs : les sarcomes et les épithéliomas. Les sarcomes sont relativement beaucoup plus fréquents que les tumeurs épithéliales, ce qui est le contraire de ce que l'on observe sur le gros intestin. Les sarcomes se rencontrent surtout chez l'adulte ; cependant il n'est pas rare d'en trouver chez les enfants ; au contraire, l'épithélioma est presque exclusivement signalé chez l'adulte et le vieillard.

2° Au point de vue anatomo-pathologique, le sarcome peut se rencontrer sous deux formes différentes : la *forme circonscrite*, où il n'existe qu'une seule tumeur avec ou sans métastases ganglionnaires ou viscérales ; la *forme diffuse*, où l'on rencontre sur l'intestin grêle une série de tumeurs du même type histologique. Ces formes différentes du sarcome sont bien tranchées au point de vue anatomique, mais dans la grande majorité des cas leurs signes cliniques se confondent. Le sarcome primitif de l'intestin grêle envahit en général toute l'épaisseur de la paroi intestinale, mais il ne provoque que très rarement un rétrécissement serré ; au contraire, il produit souvent une dilatation anévrysmale de l'intestin.

3° Les signes cliniques auxquels donnent naissance les sarcomes de l'intestin grêle sont assez variables. Cependant il faut noter l'absence presque constante de phénomènes de sténose, bien expliquée par l'anatomie pathologique. La présence d'une tumeur, souvent volumineuse, presque toujours nettement perçue, est un symptôme pour ainsi dire constant ; elle est même quelquefois le seul signe physique de la maladie. Viennent ensuite les troubles digestifs (diarrhée, constipation), les phénomènes généraux de cachexie, la fièvre, et des symptômes accessoires et moins constants : ascite, indicanurie.

Le diagnostic clinique est fort difficile à cause de la rareté même de cette variété de tumeurs ; on a surtout confondu les néoplasmes avec les différentes formes de tuberculose péritonéale et intestinale, avec les autres variétés de cancer du tube digestif et, chez la femme, avec les tumeurs utéro-annexielles. Le pronostic est très grave, car la marche du sarcome de l'intestin grêle est le plus souvent très rapide (de 4 à 6 mois au maximum).

4° Le traitement chirurgical est justifié par quelques rares observations où l'on a pu observer une survie prolongée (Hahn, Mikulicz). Le traitement radical ne doit jamais être tenté dans la forme diffuse, mais réservé à la forme circonscrite sans métastases trop étendues. Il consistera dans l'exérèse large du néoplasme avec ablation simultanée des métastases mésentériques accessibles ; on rétablira ensuite la continuité de l'intestin par une entéro-anastomose latérale ou une entérorraphie circulaire. Le succès de l'opération dépendra surtout de la précocité et de la largeur de l'intervention ; le traitement palliatif sera l'entéro-anastomose de préférence à l'entérotomie, s'il existe des accidents d'occlusion, ce qui est exceptionnel.

5° L'épithélioma primitif du jéjuno-iléon, bien plus rare que le sarcome, forme en général une tumeur beaucoup plus petite que le sarcome et de plus rétrécit le calibre de l'intestin dans la moitié des cas ; il peut former, comme le sarcome, des tumeurs multiples. Les symptômes auxquels il donne naissance sont le plus souvent des phénomènes d'occlusion aiguë ou chronique par sténose intestinale ; tous les autres signes (perception d'une tumeur à la palpation, amaigrissement et cachexie, mélena) sont secondaires et peuvent manquer. Le traitement de cette variété de tumeur maligne primitive de l'intestin grêle se confond avec celui du sarcome ; cependant, comme les phénomènes de sténose intestinale sont ici plus fréquents, les indications de l'opération palliative et en particulier de l'entéro-anastomose sont plus fréquentes. On ne peut juger des résultats éloignés du traitement radical de l'épithélioma de l'intestin grêle, c'est-à-dire de l'entérectomie avec entérorraphie consécutive, que par une seule observation favorable, celle de Schede.

OBSERVATIONS

§ 1. — Sarcomes de l'intestin grêle chez l'enfant.

1. OBS. DE SCHÖEPFER, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1882, p. 42-43. — H. S., garçon de 4 ans. Le malade jouissait d'une bonne santé jusqu'à la fin de février 1881. A cette époque, diminution de l'appétit, amaigrissement rapide.

L'enfant ne souffrait pas et ne se plaignait pas, si bien que ses parents ne s'occupèrent de son état qu'en avril 1881. A ce moment (2 avril), il fut examiné par Schœpfer. Ne trouvant dans l'examen des organes thoraciques aucun signe qui pût lui permettre de poser un diagnostic, il fit déshabiller l'enfant. Le développement considérable du ventre le frappa aussitôt. L'abdomen était uniformément distendu. A la percussion, on entendait un son tympanique à l'épigastre et à l'ombilic ; à l'hypogastre, sonorité diminuée, mais pas de matité absolue. A la palpation on constata une tuméfaction vague, peu dure, dans la région hypogastrique, s'étendant de deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis. Pas de douleurs à la pression à ce niveau. Dans les fosses iliaques, rien d'inolite. La miction, au dire des parents, se faisait régulièrement. Les garde-robes sont un peu plus fréquentes qu'autrefois, mais sans caractères particuliers. Schœpfer pense à une tumeur maligne prévésicale.

Le 5 avril, la situation s'est aggravée ; la diarrhée s'est établie et la miction ne se fait que rarement ; cependant les urines rendues sont claires. La tumeur hypogastrique a augmenté.

9 avril. — Cathétérisme vésical : on retire 600 grammes d'un liquide épais, à odeur fécaloïde, horriblement fétide, entremêlé de petits coagulum mous, grisâtres, s'écrasant facilement sous le doigt. Malgré l'écoulement de ce liquide la tumeur ne diminua pas de volume d'une façon sensible ; mais il fut alors facile de la palper dans tous les sens. Le toucher rectal ne permit pas d'arriver jusqu'à elle.

Les médecins firent alors le diagnostic de tumeur à marche rapide devant emporter le malade à bref délai.

Le malade s'éteignit le lendemain, sans avoir proféré la moindre plainte.

Autopsie. — Un litre de sérosité claire dans la cavité abdominale. Pas traces d'adhérences des intestins entre eux ; la vessie vide est cachée dans l'excavation pelvienne. Derrière la paroi abdominale, ne lui adhérent pas, on trouve une tumeur qui occupe la portion terminale de l'iléon ; l'intestin est perforé par la tumeur et communique avec la cavité vésicale ; on pouvait passer facilement le doigt de l'intestin dans la vessie.

Examen histologique. — Fait par Reeklinghausen ; montra qu'il s'agissait d'un *sarcome globo-cellulaire*.

2. OBS. DE BESSEL-HAGEN, Ein Ulceroses Sarcom des Jejunum bei einem Kinde. *Virchow's Archiv*, 1885, Bd. 90, p. 99. — Enfant de 7 ans et demi. A toujours été bien portant jusqu'en février 1883. Il reçut alors un coup de poing violent dans la partie inférieure droite de l'abdomen. Il commença alors à souffrir de violentes douleurs abdominales. Il s'amaigrit progressivement, tandis que l'abdomen augmentait toujours de volume. Peu après, la mère de l'enfant remarqua, au point le plus douloureux, une tumeur de la grosseur d'une noix, assez dure, qui augmenta rapidement de volume. Jamais on n'a observé de troubles de la défécation ; mais souvent du ténesme vésical et des vomissements. En avril 1883, on trouva à l'examen une grosse tumeur, située immédiatement au-dessus de la paroi et à droite de l'ombilic. La tumeur est très douloureuse à la palpation. Sa surface est lisse, sauf en bas, où elle semble bosselée ; sa consistance générale est dure ; en haut, elle s'étend presque jusqu'au rebord costal ; en bas, elle atteint l'épine iliaque antéro-supérieure droite. A gauche, la tumeur présente quelques prolongements arrondis, légèrement mobiles, qui dépassent la ligne médiane. L'ensemble de la masse est légèrement mobile dans tous les sens. La tumeur est mate à la percussion ; au contraire, l'abdomen sus-ombilical en particulier est fortement tympanique. En dehors de cette tumeur, on trouve à gauche, dans l'abdomen, plusieurs nodules isolés, et par le toucher rectal, on sent une tumeur dure, grosse comme un œuf de poule, adhérente à la paroi pelvienne. Tous les ganglions lymphatiques sont augmentés de volume et quelques-uns sont assez sensibles. La miction et la défécation sont normales.

L'examen du sang montre une légère augmentation du nombre des leucocytes. La température vespérale est souvent de 38° 6. Pendant les semaines suivantes, l'état du malade resta identique et les forces du malade déclinerent. Quelquefois un peu de diarrhée. Perte complète de l'appétit ; par contre, soif ardente. La mort survint en juin 1883.

Autopsie. — Sarcome ulcéré du jéjunum avec sarcomatose étendue du mésentère. Métastases multiples dans les reins, dans la paroi pelvienne droite et les ganglions lymphatiques. L'intestin est très dilaté au niveau

de la tumeur, ressemblant presque à un anévrisme. Aux deux endroits où l'intestin grêle entre et sort de la tumeur, il est dilaté en entonnoir et recouvert de sa muqueuse normale jusqu'à une sorte d'ulcération qui correspond à la tumeur.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome globocellulaire, ayant débuté par la sous-muqueuse de l'intestin grêle. La structure des métastases est identique.

3. OBS. DE PÉPIN, Sarcome de l'intestin grêle et du mésentère chez un enfant de 5 ans. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 décembre 1891, n° 21, p. 248. — Fillette de 5 ans. L'enfant s'est toujours bien portée jusqu'en novembre 1889; à cette époque, la petite malade eu une broncho-pneumonie qui guérit en une vingtaine de jours. Depuis lors sa santé a été bonne. Il y a deux mois (juin 1891), l'enfant reçut un violent coup de pied dans le ventre, ce qui aurait marqué, d'après sa mère, le début des accidents. Dans les premiers jours de juillet, l'enfant se plaint du ventre; la mère y trouve une masse de la grosseur d'une mandarine très mobile. Pas de fièvre ni de diarrhée. L'état général reste bon; vers le milieu de juillet, les douleurs deviennent plus intenses. L'enfant pâlit, perd son appétit; alternatives de constipation et de diarrhée.

Le 10 avril 1891, l'enfant est amené à l'hôpital. Le ventre volumineux présente dans le flanc gauche une saillie nette, arrondie, du volume d'une orange. De son bord supérieur droit part un prolongement cylindrique qui se dirige transversalement vers la région hypogastrique où il se perd.

Cette saillie se déplace un peu suivant que l'enfant se tourne à droite ou à gauche. Pas de dilatations veineuses à la surface du ventre.

A la palpation on sent une tumeur volumineuse qui s'étend: 1° de haut en bas, du bord des fausses côtes gauches à la crête iliaque; 2° transversalement du bord externe du carré des lobules gauche jusqu'à une ligne passant à deux travers de doigt à droite de l'ombilic. On peut enfoncer les doigts entre le rebord costal gauche et le bord supérieur de la tumeur. Il est plus difficile de pénétrer sous le bord inférieur de la tumeur qui se perd dans le bassin. Cette tumeur est formée d'une masse grosse comme une orangereposant sur une autre masse bosselée, étalée, large comme une main d'adulte.

Matité très nette sur toute la zone correspondant à la tumeur. Pas d'augmentation de volume du foie. Rien à l'examen du cœur ni des poumons. Température le soir, 37°,8. Petits ganglions durs dans le triangle de Scarpa de chaque côté. Selles liquides jaunâtres très fétides.

Le 2 septembre 1891 l'enfant meurt avec de la cyanose généralisée; il y a eu la veille des vomissements d'odeur très fétide.

Autopsie.— Tumeur volumineuse discoïde qui occupe tout le flanc gauche et presque toute la région ombilicale. Elle est circonscrite en haut par

le côlon transverse, à gauche par le côlon descendant, à droite par toute la masse de l'intestin grêle refoulé dans l'hypochondre et le flanc droit et masquant complètement le côlon ascendant. Le grand épiploon, épaissi recouvre toute sa face antérieure et adhère à sa partie inférieure.

Cette tumeur occupe l'intestin grêle (jéjunum) à 20 centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal; la paroi de l'intestin grêle à ce niveau est infiltrée par un néoplasme blanchâtre, ayant 2 centimètres d'épaisseur; la lumière de l'intestin s'élargit au niveau de la tumeur et forme une dilatation du volume d'une orange; le fond de cette cavité est tomenteux, irrégulier, rempli de matières fécales grisâtres très fétides. Il existe plusieurs ulcérations superficielles de la muqueuse à ce niveau. En arrière de cette tumeur intestinale se trouve une tumeur mésentérique, adhérente à la première; elle est bosselée et très exactement contenue entre les deux feuillets du mésentère. Cette tumeur mésentérique présente à la coupe un aspect analogue à celui de la tumeur intestinale.

Pas de métastases, pas de lésions viscérales, sauf congestion assez marquée du foie et des reins. Les poumons présentent des lésions de broncho-pneumonie.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de sarcome globocellulaire.

4. OBS. DE DEBRUNNER, *Drei Fälle von Sarkome im Kindes alter*. Inaug. Dissert. Zürich, 1893. — Garçon de 7 ans, qui est depuis quelque temps pâle et amaigri; il avait souvent des vomissements la nuit. Il se plaint de douleurs sacrées et lombaires; depuis peu il souffre aussi de l'estomac. Il est alité depuis 8 jours; quelquefois il a des selles difficiles. L'appétit a été assez bon jusqu'à maintenant; la soif est vive.

État actuel. — Garçon pâle, mal nourri, peu développé pour son âge. Le ventre est distendu, l'ombilic saillant. La moitié inférieure de l'abdomen est plus saillant à droite qu'à gauche; l'abdomen n'est pas sensible à la pression. A trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic on sent une tumeur qui s'étend également de chaque côté, et atteint à gauche la ligne axillaire. La tumeur paraît s'enfoncer dans le petit bassin. Au niveau de la tumeur la percussion donne un son mat; il y a un œdème léger du scrotum et du membre inférieur gauche. Par le toucher rectal on sent trois tumeurs, l'une grosse comme un haricot derrière la symphyse, l'autre du volume d'une amande adhérente au pubis, une troisième plus volumineuse qui repousse le rectum en arrière. Cette dernière s'étend en avant jusqu'à la symphyse; à droite on ne peut la délimiter; à gauche sa limite correspond à celle que l'on sent par le palper abdominal. La tumeur est adhérente au sacrum. La paroi abdominale est mobile au-devant de la tumeur.

Diagnostic: Sarcome des ganglions rétro-péritonéal du promontoire. — On élimina l'idée d'une tumeur intestinale, parce qu'il est rare d'en voir d'aussi volumineuses, surtout chez un enfant. Les œdèmes s'accru-

rent, les douleurs devinrent plus vives et la mort survint rapidement.

Autopsie. — La tumeur siège dans la partie inférieure de l'abdomen et remonte comme un utérus gravide, repoussant l'intestin. En haut on voit une anse grêle qui se perd dans la masse de la tumeur. La muqueuse de cette anse grêle se continue à la face interne de la tumeur, sa séreuse à sa face externe. C'est entre la muqueuse et la musculaire que s'est développée l'infiltration néoplasique de couleur blanchâtre et de consistance molle. La lumière intestinale forme au niveau de la tumeur une grande cavité qui mesure 13×6 centimètres. Ses parois sont irrégulières, ramollies.

A l'examen histologique, il s'agit d'un *sarcome globo-cellulaire*. Il existe de nombreuses métastases dans les autres organes; la paroi vésicale et le rectum sont envahis secondairement.

5. OBS. DE JALLAND, Lympho-sarcoma of the small intestine. *Lancet*, 1894, vol. I, p. 1007. — Enfant (garçon) de 6 ans. Reçu à l'hôpital le 6 mars 1893. Six semaines avant son admission, cet enfant avait été contusionné; une semaine après débuta la maladie actuelle. A l'examen actuel (6 mars) l'abdomen est distendu, mais pas très douloureux à la palpation. Dans la fosse iliaque droite, on sent une masse dure. Il existe de la broncho-pneumonie bilatérale. L'urine contient beaucoup d'urates. La température montait jusqu'à $38^{\circ},5$. Les sueurs étaient abondantes la nuit; le 18 mars, diarrhée profuse. Le 20, la base du poumon droit est trouvée mate à la percussion; les veines superficielles de la partie supérieure de l'abdomen sont très distendues. Les urines sont toujours très chargées en urates et la miction est douloureuse.

Laparotomie exploratrice (M. Jalland). — Péritoine très épaissi; il y a dans le péritoine plusieurs onces de liquide séro-purulent. Dans la fosse iliaque droite on sent des nodules durs qui paraissent sarcomateux, et l'on referme le ventre. *Mort rapide* après l'opération.

Autopsie. — L'épiploon est très épaissi, ainsi que les appendices épiploïques. Dans la fosse iliaque droite on trouve une tumeur qui adhère au pôle supérieur de la vessie. Cette tumeur siège sur l'iléon à 60 centimètres de la valvule de Bauhin; elle encercle complètement l'intestin mais sans le rétrécir. A la coupe cette tumeur est molle, blanc jaunâtre. Les ganglions rétro-péritonéaux sont tous envahis. Métastases dans les deux reins. Dans le foie également deux métastases. Hépatisation et congestion des deux bases pulmonaires.

Histologie. — Il s'agit de *lympho-sarcome primitif* de l'intestin grêle; même structure des métastases.

6. OBS. DE TH. ROVSING, Primært Tyndtsarkom hos et 18 maaneders Barnetjenet ved Tarmreseksion med Anvendelse af Murphys Knap. *Hospitalstidende*, 1897; Kjabenharn, p. 1085. — Fillette de 1 an et demi. Entrée

à l'hôpital le 19 septembre 1896. C'est une jumelle; l'autre jumeau est mort peu après sa naissance. L'enfant, élevée au biberon, a eu de la diarrhée souvent fétide. Elle a été soignée dans un service de médecine par la diète. Depuis 4 mois, il y a de la diarrhée. L'enfant est amaigrie, mais ne présente pas de lésions de rachitisme. Le contour thoracique mesure 42 centimètres; celui de l'abdomen, 48 centimètres. Le ventre est météorisé; le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal à l'auscultation. La température est de 35°.8; il n'y a pas d'albumine dans l'urine, mais beaucoup d'indican. On fait le diagnostic de péritonite tuberculeuse (?). On la traite en conséquence pendant un mois.

Mais le 14 octobre, en palpant l'abdomen, on sent une tumeur entre le rebord du foie et l'ombilic; on croit qu'il s'agit de scybales. Le 25 octobre, on retrouve la tumeur, solide et mobile, à la hauteur de l'ombilic. Rien d'anormal au toucher rectal.

On endort alors la petite malade au chloroforme et l'on sent nettement une tumeur arrondie, grande comme une pièce de 5 francs, assez dure et mobile au-dessus et au-dessous de l'ombilic. On pense qu'il s'agit peut-être d'un noyau tuberculeux épiploïque ou d'un amas de scybales.

On décide de faire une laparotomie exploratrice.

Opération, 7 novembre 1896. — On trouve une série de tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon qui siègent sur l'intestin grêle et en particulier sur l'iléon. Pas traces de tubercules. Le mésentère présente plusieurs gros ganglions.

On résèque l'une des tumeurs en enlevant le mésentère en coin; on fait ensuite l'anastomose termino-terminale avec le bouton de Murphy.

Le segment d'intestin enlevé mesure 16 centimètres; la tumeur occupe une longueur de 8 centimètres, elle fait une forte saillie sous la muqueuse; l'intestin sus-jacent est dilaté.

La malade guérit de l'opération, mais présente peu après des métastases diffuses: une dans la grande lèvre, l'autre dans la région sus-claviculaire, l'autre dans la région sous-claviculaire gauche, d'autres dans le sternum gauche.

La mort survint, par cachexie progressive, le 5 février 1897. L'autopsie montra que les viscères étaient sains: foie, rein, poumons, rate. Mais sur l'intestin grêle, sur l'iléon surtout, on trouvait une série de tumeurs grosses comme des œufs de pigeon, qui infiltraient la paroi intestinale, sans ulcérer la muqueuse. Sur le gros intestin, il n'y a que 4 tumeurs. Les métastases découvertes pendant la vie furent retrouvées dans le sternum, les ganglions sus-claviculaires gauches et la grande lèvre.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait de *sarcome globocellulaire*; les lymphatiques sont envahis par des traînées de sarcome.

7. OBS. DE LIBMAN, *Millheil. aus d. Grenzgeb. der Mediz. u. Chirurgie*, 1901, Jena, Bd. VII, p. 446. — A. R..., 3 ans et demi. Entré à l'hôpital le 23 décem-

bre 1898. La maladie a débuté il y a 8 jours ; l'enfant commença par se plaindre de douleurs abdominales, et sa mère remarqua que le ventre augmentait de volume et était dur et tendu. Selles abondantes ; par contre urines rares. Depuis 3 jours, l'enfant a commencé à vomir et à avoir de la fièvre. Pas d'œdèmes des jambes.

L'examen clinique montra les faits suivants : la matité hépatique commence à la sixième côte, et le bord libre du foie se trouve à 2 travers de doigt au-dessous du rebord costal. La percussion montre que la rate est augmentée de volume. La partie droite de l'abdomen est remplie par une masse volumineuse, irrégulière, qui s'étend jusqu'à la ligne médiane, présente nettement le phénomène du ballotement : elle est mobile avec la respiration. La limite inférieure de cette masse se trouve à la hauteur de l'ombilic. La surface de la tumeur est bosselée ; on trouve plusieurs tumeurs indépendantes, de forme arrondie, au-dessus de la région inguinale droite. Température, 38°, 2.

24 décembre. — Douleurs en urinant.

25 décembre. — L'urine est riche en indican. L'après-midi on est obligé de sonder le malade. *L'examen du sang* révèle une anémie marquée et une leucocytose polynucléaire.

31 décembre. — Dyspnée vive ; abdomen de plus en plus distendu.

5 janvier 1899. — *Opération* (docteur Gerster). — Incision médiane : péritoine très épaissi ; il s'écoule un peu d'ascite ; l'épiploon est adhérent et les anses intestinales agglutinées.

Mort le lendemain.

Autopsie, 3 heures et demie après la mort.

A gauche, épanchement pleural abondant ; l'abdomen est distendu, le mésentère est épaissi et de couleur blanchâtre. Les ganglions intra-abdominaux sont tous augmentés de volume, quelques-uns gros comme une noix. Ils sont blanchâtres à la coupe. Au début de l'iléon, on trouve une tumeur blanchâtre qui s'infiltré dans le mésentère. La tumeur principale a 7 centimètres de hauteur sur 8 centimètres de largeur ; elle a environ 8 centimètres d'épaisseur.

En ouvrant l'intestin, la tumeur se présente de consistance plutôt dure ; la muqueuse intestinale est intacte ; sur la surface de coupe, on voit quelques points nécrosés. Au niveau de la zone d'iléon envahie par la tumeur, cet intestin est dilaté, il mesure 18 centimètres de circonférence au lieu de 5 centimètres et demi dans les points normaux. Le segment d'intestin néoplasique mesure une longueur de 8 centimètres, comptée sur le bord mésentérique.

Les ganglions iliaques sont augmentés de volume.

Les uretères sont comprimés par des masses ganglionnaires et à peine perméables. Le feuillet pariétal du péritoine est épaissi, comme l'épiploon et le mésentère. La rate est grosse ; quelques noyaux métastatiques à sa surface. Pancréas augmenté de volume, parsemé de noyaux secondaires.

Les reins sont un peu jaunâtres à la coupe ; dans le sein gauche, quelques noyaux métastatiques. Les deux bassinets sont dilatés. La capsule surrénale gauche est infiltrée des noyaux néoplasiques. Estomac de volume normal ; sa paroi est épaissi. Le foie est augmenté de volume, surtout son lobe droit ; tout ce lobe est transformé en un bloc néoplasique, bien distinct du tissu hépatique normal qui l'entoure. La paroi de la vésicule biliaire est infiltrée, et le canal cystique, comprimé par les ganglions du hile du foie dégénéré, est imperméable.

L'appendice vermiculaire, long de 11 centimètres, est parsemé de noyaux métastatiques.

Diagnostic-histologique : Lympho-sarcome primitif de l'iléon.

8. OBS. DE E. SIEGEL, Ueber das primare Sarcom der Dunndarms. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1899, p. 767, n° 35.— Garçon de 3 ans et 9 mois qui n'a jamais été malade.

Aux environs de Noël 1898, l'enfant se plaignit de vives douleurs abdominales, avec distension du ventre et ténésme rectal. La mère le purgea et l'enfant se rétablit. Depuis lors il y a eu souvent de la diarrhée, alternant avec une constipation rebelle. Depuis le 11 mars 1899, l'enfant a des douleurs abdominales si vives qu'il crie et se tord. Les purgatifs donnés par le médecin sont souvent restés sans effet et ont d'autres fois donné 4 ou 5 selles liquides. Comme le mal empirait, le petit malade nous est envoyé.

Etat actuel, 17 mars 1899. — L'enfant est amaigri, mais assez bien portant cependant. Peau pâle, lèvres un peu violacées ; pouls 120, régulier. Température normale. Poumon et cœur normaux. La rate ne paraît pas augmentée de volume. Le ventre est distendu, météorisé ; le son de percussion est partout tympanique. Dans la fosse iliaque droite, on arrive à sentir une tumeur, dont la grosseur est difficile à déterminer à cause de la tension de la paroi. Sa consistance est dure, sa surface est bosselée. Il n'y a pas de douleur à la pression. A l'examen sous le chloroforme, la tumeur est mobile ; la mère raconte que la tumeur, dont elle avait constaté l'existence, disparaît après les lavements. On pensa à une invagination intestinale, car, d'après von Eiselsberg, ce symptôme particulier serait très fréquent dans cette maladie ; mais la forme lobulée de la tumeur n'est guère favorable à ce diagnostic.

Opération, le 18 mars. — La parotomie le long du bord externe du grand droit du côté droit ; il s'écoule une certaine quantité de liquide citrin. Sur une anse jéjunale se trouve une tumeur lobulée ; les ganglions mésentériques correspondants sont très augmentés de volume (jusqu'à atteindre la grosseur d'un œuf). On résèque en coin le mésentère et la tumeur ; et l'on fait l'entérorraphie circulaire. Suture mésentérique, drainage.

Après l'opération, le petit malade se porte assez bien pendant 5 à 6 jours ;

température normale, pouls régulier ; mais à partir du 27 mars, l'enfant devient agité. On voit apparaître dans l'hypochondre gauche une tumeur que l'on croit être la rate augmentée de volume ; une abondante circulation collatérale se développe sur la paroi abdominale (tête de Méduse). Une selle spontanée a lieu, elle est de couleur mastique. L'enfant est de plus en plus agité ; la tumeur de l'hypochondre gauche se développe à vue d'œil et atteint presque l'hypochondre droit. Mort le 6 avril 1899.

Le segment d'intestin réséqué a une longueur de plus de 30 centimètres ; sur le bout distal siège une tumeur de forme bosselée, longue de 8 centimètres, de consistance ferme ; le calibre de l'intestin est rétréci par la saillie de la tumeur, si bien qu'on ne peut qu'avec peine passer le petit doigt. La muqueuse est ulcérée en un point correspondant au centre de la tumeur. Au niveau du bord mésentérique de l'intestin se trouvent 4 ganglions du volume d'un œuf de poule qui compriment l'intestin. A la coupe la tumeur et les ganglions sont gris rosé.

A l'autopsie on trouve que la suture intestinale est parfaite. Pas trace de péritonite. Le grand épiploon et les ganglions mésentériques sont infiltrés de masses néoplasiques volumineuses qui remontent jusqu'à l'estomac et englobent complètement le pancréas. Les deux reins sont remplis de petits modules blanchâtres que l'examen microscopique révèle être des métastases. Cœur, poumons, foie, rate et intestin, sans lésions.

A l'examen histologique on voit qu'il s'agit de sarcome globo-cellulaire ayant débuté vraisemblablement par la sous-muqueuse de l'intestin grêle.

9. OBS. DE HARTE, Sarcoma of intestine in childhood. *Annals of Surgery*, 1900, t. XXXII, p. 619. — *Enfant mâle de 5 ans*. Entré à l'hôpital de Philadelphie le 31 octobre 1899. L'abdomen est très distendu, très météorisé, et, à droite, on peut sentir une masse assez volumineuse, un peu douloureuse à la palpation. A un examen plus complet, on sent que la masse s'étend de la fosse iliaque droite jusqu'à la ligne médiane, un peu au-dessus de la vessie. A certains moments, après que l'intestin était évacué, on pouvait arriver à reconnaître que la masse était formée par deux tumeurs du volume d'un citron chacune, occupant l'une l'hypogastre sur la ligne médiane, l'autre la fosse iliaque droite.

L'interrogatoire des parents raconta ce qui suit : il y a environ 4 semaines, le ventre commença à augmenter de volume. Il n'y avait pas d'ictère, pas d'œdème de la face. La langue était rouge et humide ; les organes thoraciques (cœur et poumon) sont normaux.

Lorsque la vessie était distendue, les douleurs étaient plus marquées, elles diminuaient après la miction.

Dans l'hypochondre gauche, il semblait que la matité splénique fût augmentée de volume.

L'examen du sang montre 21.300 leucocytes, avec formule normale

(polynucléaires, 66 p. 100 ; mononucléaires, 24 p. 100 ; éosinophiles, 2 p. 100).

Laparotomie exploratrice. — Il s'écoule du liquide ascitique clair ; on trouve une vaste tumeur d'apparence kystique très molle, occupant l'intestin grêle. Le cas est jugé inopérable.

L'enfant est un peu amélioré pendant quelque temps, mais il meurt bientôt d'inanition.

A l'autopsie, on vit que la tumeur siégeait sur une anse d'intestin grêle qu'elle avait complètement envahie et pénétrait largement dans le mésentère.

Examen histologique. — *Sarcome globo-cellulaire.*

40. OBS. DE TH. FISHER. Two cases of sarcoma of the intestine. *Bristol medic. surg. — Journal*, vol. XIX, 1901, p. 29. — Garçon de 5 ans. Reçu le 14 mai 1898. Trois semaines avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital, la mère s'aperçut que le ventre était augmenté de volume. L'enfant est maigre ; l'abdomen est distendu et dans sa moitié droite on sent une tumeur dure, irrégulière. Il n'y a pas de symptômes d'ascite. L'enfant ne souffre nullement. Les selles sont liquides et un peu irritantes. Les poumons et le cœur ne présentent rien d'anormal. Le 25 mai, l'enfant a beaucoup maigri depuis son entrée à l'hôpital (1 livre et demie en 11 jours). Par contre l'abdomen a augmenté de volume et la diarrhée persiste (5 à 6 selles par jour). La température oscille entre la normale et 38°5. Le 27 mai, *laparotomie exploratrice*. On trouve une tumeur volumineuse inopérable. L'enfant mourut le lendemain.

Autopsie. — Pas d'augmentation de volume des ganglions superficiels ; dans le ventre on trouve une masse du volume d'une tête d'enfant qui occupe la partie terminale de l'iléon. La tumeur s'étend sur une longueur de 60 centimètres et cesse immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cæcale. La tumeur a causé une grande augmentation de volume de l'iléon, qui atteint le calibre du gros intestin de l'adulte. En coupant l'intestin on voit qu'il n'y a pas trace de rétrécissement, mais au contraire une dilatation de l'intestin. Le néoplasme infiltre d'abord l'intestin grêle sur une partie seulement de sa paroi ; en ce point il y a un léger degré de rétrécissement ; là au contraire où la totalité de la circonférence de l'intestin grêle est infiltrée, il y a une dilatation manifeste du calibre intestinal. On trouve en un point, sur la face interne de la tumeur, une ulcération qui a détruit toute la paroi intestinale, sauf la séreuse. Les ganglions mésentériques ne sont que peu augmentés de volume ; quelques-uns cependant sont le siège de noyaux métastatiques. Le foie est recouvert de nodules néoplasiques, mais on n'en trouve pas à l'intérieur de ce viscère. De même la moitié droite de la face inférieure du diaphragme est infiltrée d'une couche épaisse de néoplasme blanchâtre. Noyaux métastatiques dans le médiastin antérieur, en avant du péricarde. Les deux rein

présentent quelques noyaux blanchâtres disséminés. Dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi de l'abdomen on trouve également plusieurs noyaux métastatiques..

Diagnostic histologique. — *Lympho-sarcome avec réticulum peu développé.*

44. OBS. DE VAN ZWALENBURG, Sarcoma of the intestine with a table of fifteen case, of resection. *Journal of the American medical Association*, vol. XXXVI, 1901, p. 6171. — H. S..., garçon de 5 ans. La grand'mère est morte de carcinome utérin à un âge avancé; la mère de son père est morte de cancer de l'estomac. Le 1^{er} juin 1899, l'enfant fit une chute et se contusionna l'abdomen. Ce traumatisme ne parut pas grave et l'on ne consulta pas de médecin à ce moment. Au milieu de juin, l'enfant commença à vomir, à souffrir du ventre, et son état général devint très mauvais. Vers le milieu de juillet, Zwalenburg découvrit un nodule dans le ventre, à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic. Ce nodule était dur, facile à mobiliser dans tous les sens. Vers le 15 septembre, ce nodule avait beaucoup grossi et atteignait le volume d'un œuf de poule. A ce moment la tumeur se fixa dans l'hypochondre gauche et détermina une crise d'obstruction intestinale; par des manœuvres douces, van Zwalenburg réussit à mobiliser la tumeur, et l'obstruction disparut. Il fit à ce moment le diagnostic de tumeur abdominale, probablement un sarcome de l'épiploon.

On proposa une intervention qui fut d'abord refusée; mais, en novembre, les parents se décidèrent. L'enfant était très faible et très anémique; la température était de 100° F. et le pouls à 120.

Opération, le 18 novembre 1899. — Incision médiane sus-ombilicale; la tumeur, qui est située dans l'hypochondre gauche, est sortie du ventre. Elle est oblongue, longue de 42 centimètres environ, large de 8 à 9 centimètres; elle est constituée par la fin de l'iléon, partiellement invaginé dans le côlon ascendant; l'appendice est normal. Sur l'iléon, à 9 centimètres au-dessus de la première tumeur, on en trouve une seconde, qui mesure environ 6 centimètres de diamètre. L'intestin grêle interposé aux deux tumeurs est d'apparence normale. On sent plusieurs ganglions mésentériques augmentés de volume.

On se décide à enlever les deux tumeurs avec le mésentère correspondant. Résection de la fin de l'iléon et du côlon ascendant. Anastomose termino-terminale avec le bouton de Murphy. Fermeture de la paroi avec une mèche pour le drainage.

Au 8^e jour, il se fit une petite fistule stercorale qui se ferma spontanément. Guérison complète en 3 semaines. Le bouton fut éliminé 6 mois après l'opération.

L'enfant, revu en mars 1900, a engraisé de 17 livres.

Examen de la pièce. — La pièce se compose de 48 à 20 centimètres d'in-

testin grêle (iléon) et de la même longueur de gros intestin. Dans le mésentère correspondant se trouvent plusieurs gros ganglions. L'appendice iléo-cæcal est normal.

La tumeur principale occupe toute la fin de l'iléon : elle fait saillie dans le cæcum et encercle complètement la valvule de Bauhin. On peut facilement passer l'index dans la valvule iléo-cæcale. La surface de section de la tumeur est blanc jaunâtre et donne au grattage un liquide laiteux. Dans la graisse mésentérique, plusieurs gros ganglions. A 10 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale, on trouve une seconde tumeur, moins grosse que la première, adhérente à l'intestin, mais n'envahissant pas la paroi de ce viscère; on en conclut logiquement que c'est une métastase probablement ganglionnaire de la première tumeur. Elle offre d'ailleurs le même aspect sur la tranche de section.

Histologiquement, les deux tumeurs présentent tous les caractères du *lympho-sarcome*. (Sarcome globo-cellulaire, avec un réticulum net et vaisseaux sans paroi propres, creusés au milieu des éléments de la tumeur).

120Obs. de R. Senger, *Zur Casuistik der primären Dünndarm sarcome im Kindesalter*. Thèse de Halle, 1902. — K. Th., garçon de 5 ans. Reçu à la clinique chirurgicale le 31 mai 1901. L'enfant a eu la scarlatine en 1900; mais il se rétablit rapidement. En mars 1901, la mère remarque que l'enfant avait mauvais appétit. En mai 1901, elle constata que le ventre de l'enfant augmentait de volume, que ses jambes étaient enflées. Il y avait de plus un amaigrissement notable. Depuis lors, selles régulières, pas de vomissements.

Enfant amaigri, pâle; œdème des membres inférieurs et du scrotum. Le cœur et les poumons sont normaux. Le ventre est augmenté de volume; la matité hépatique est normale; on constate l'existence d'une ascite peu abondante. A la palpation, on sent une tumeur grosse comme une tête d'enfant, à surface bosselée; la tumeur se laisse bien séparer du foie. La tumeur ne semble pas être développée aux dépens des reins; mais elle adhère au mésentère ou au pancréas (?). La tumeur est mate à la percussion. Selles normales, un peu d'albumine dans les urines.

Le 15 juin 1901, l'enfant fut pris de vomissements et le ventre se détendit davantage. Mort le 16 juin 1901.

Autopsie — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule environ un litre de liquide purulent, verdâtre, avec des flocons fibrineux. Le péritoine est recouvert d'exsudats fibrineux. Au milieu du ventre on voit une tumeur, recouverte par l'épiploon. On libère l'épiploon adhérent à la tumeur; on voit alors que celle-ci siège à 2 m. 33 du pylore, à 60 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin. L'intestin à ce niveau est transformé en une grande cavité, dont les parois sont complètement infiltrées par la néoplasme; celui-ci mesure 19 centimètres de large, 17 centimètres de haut et 8 centimètres et demi d'épaisseur. La tumeur s'infiltré dans le mésentère.

tère, qui renferme en outre de gros ganglions. L'épaisseur de la paroi intestinale infiltrée mesure de 1 à 4 centimètres.

Le calibre de la cavité produite par la tumeur est environ 3 fois plus grand que celui de l'intestin grêle normal. Au-dessous de cette tumeur, à environ 70 centimètres du pylore, on en trouve une seconde moins volumineuse qui siège sur le bord mésentérique de l'intestin grêle et infiltre sa paroi. A la coupe, ces tumeurs sont jaune blanchâtre ; sur leur face muqueuse, elles sont ulcérées et de couleur verdâtre. Enfin, sur le reste de l'intestin grêle, on trouve çà et là, disséminés dans la paroi, de petits nodules qui présentent le même aspect que la tumeur.

Pas de métastases viscérales.

Examen histologique. — *Sarcome de l'intestin grêle débutant par les follicules clos.*

13. OBS. DE C. STERN, Ueber primären Dünndarm sarcom beim Neugeborenen. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1894, n° 35, p. 802. — Une femme de 23 ans entre le 19 octobre 1891 à l'hôpital de Düsseldorf pour y accoucher de son premier enfant. Aussitôt après la naissance, on remarqua que l'enfant ne rendait pas de méconium, mais au contraire qu'il vomissait des matières bilieuses. Son ventre était distendu ; mais on ne sentait rien d'anormal à la palpation. L'anus est bien conformé. Le lendemain de sa naissance, l'enfant vomit de nouveau et il en fut de même toutes les fois que l'on essaya de l'alimenter. Pas de selles ; mais les langes sont souillés d'urine. On fit le diagnostic d'occlusion intestinale congénitale. L'enfant déclina rapidement et mourut d'inanition 5 jours après sa naissance.

L'autopsie montra que tous les organes étaient normaux, sauf l'intestin grêle ; à 1 m. 30 de l'angle duodéno-jéjunal on trouva une tumeur de 1 centimètre et demi de hauteur qui occupait la paroi de l'intestin sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Cette tumeur occupait toute l'épaisseur de la paroi intestinale ; elle était de couleur gris rosé et semblait composée de plusieurs couches ; la muqueuse intestinale est détruite à la surface de la tumeur.

A l'examen histologique, on ne trouve que des restes de la muqueuse sous forme de culs-de-sac glandulaires ; toute la sous-muqueuse ainsi que la sous-séreuse sont occupées par une très grande quantité de cellules rondes à noyaux très colorés ; protoplasma peu abondant ; la tunique musculaire est dissociée par l'infiltration des cellules rondes. Au-dessous de la séreuse, le tissu néoplasique est parcouru par des cavités sanguines, souvent très étendues, dont les parois sont formées par les éléments néoplasiques eux-mêmes. Il s'agit d'un *sarcome globo-cellulaire*, peut-être un *angio-sarcome* au sens de Kolaczek.

TABLEAU I. — Sarcomes de

	AUTEURS	SEXE, AGE	DÉBUT des accidents	SYMPTÔMES
1	SCHOEFFER. 1882.	Garçon, 4 ans.	.....	Tumeur sous-ombilicale, fistule entéro-vésicale.
2	BESSEL-HAGEN. 1885.	Garçon, 7 ans 1/2.	Traumatisme abdominal 3 mois avant.	Tumeur douloureuse à la palpation, cachexie, fièvre.
3	PÉPIN. 1891.	Fille, 5 ans.	Traumatisme abdominal 2 mois avant.	Tumeur abdominale, lé- gère fièvre le soir, ca- chexie.
4	DE BRUNNER. 1893.	Garçon, 7 ans.	.....	Tumeur abdominale avec plusieurs noyaux indé- pendants, cachexie.
5	JALLAND. 1894.	Garçon, 6 ans.	Contusion abdominale six semaines avant.	Tumeur abdominale.
6	ROYSING. 1897.	Fille, 1 an 1/2.	4 mois.	Diarrhée, météorisme, tumeur abdominale.
7	LIBMAN. 1901.	Garçon, 3 ans 1/2.	8 jours avant.	Tumeur abdominale, dou- leurs, fièvre.
8	SIEGEL. 1899.	Garçon, 3 ans 1/2.	3 mois avant.	Douleurs très vives, tu- meur abdominal.
9	HARTE. 1900.	Garçon, 5 ans.	1 mois avant.	Météorisme, tumeur ab- dominale.
10	FISHER. 1901.	Garçon, 5 ans.	3 semaines avant.	Tumeur abdominale, diarrhée.
11	VAN ZWALENRUO. 1901.	Garçon, 5 ans.	6 semaines auparavant traumatisme abdomi- nal.	Tumeur abdominale, une crise d'occlusion, ca- chexie.
12	R. SENGEL. 1902.	Garçon, 5 ans.	2 mois.	Tumeur abdominale, mé- téorisme, ascite légère, cachexie.
13	STERN. 1894.	Nouveau-né.	.....	Occlusion intestinale con- génitale.

L'intestin grêle chez l'enfant.

DIAGNOSTIC	SIÈGE ET NATURE de la tumeur	OPÉRATION	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
Néoplasme de la cavité de Ret- zius.	Sarcome de la fin de l'iléon ayant envahi la vessie.			
	Sarcome ulcéré du jéjunum avec mé- tastases étendues.			
	Sarcome ulcéré du jéjunum avec gros- se métastase mé- sentérique.			
Sarcome des gan- glions rétro- péritonéaux.	Sarcome de l'intestin grêle avec métas- tases nombreuses viscérales et gan- glionnaires.			
	Sarcome de l'iléon adhérent à la vessie avec métastases multiples.	Laparotomie explora- trice.	Mort rapide après l'opération.	
Péritonite tuber- culeuse.	Sarcomes multiples de l'intestin grêle.	Résection intestinale Entérorraphie cir- culaire avec le bou- ton de Murphy.	Guérison opératoire.	Morte de cachexie progressive 3 mois après.
	Sarcome de l'iléon avec métastases	Laparotomie explora- trice.	Mort le lendemain.	
Invagination in- testinale (?)	Sarcome du jéjunum avec métastases.	Résection intestinale Entérorraphie cir- culaire.	Guérison opératoire.	Mort trois semaines après de cachexie progressive.
	Sarcome de l'intestin grêle.	Laparotomie explora- trice.	Guérison opératoire.	Mort de cachexie ra- pidement.
	Sarcome de la fin de l'iléon avec métas- tases.	Laparotomie explora- trice.	Mort le lendemain.	
Sarcome de l'épi- ploon (?)	Sarcomes multiples de l'iléon.	Résection intestinale Entérorraphie cir- culaire avec le bou- ton de Murphy.	Guérison.	Revu 6 mois après, a engraisé de 17 livres.
	Sarcomes multiples du jéjunum.			
	Sarcome de l'iléon.			

§ 2. — **Sarcomes de l'intestin grêle chez l'adulte.**

A. CAS NON OPÉRÉS.

1. OBS. DE WALLENBERG, Ein Fall von Invagination in Folge eines Sarkomes im Ileum. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1864, p. 497. — Jeune fille, 24 ans; elle raconte que le 9 octobre, elle a été prise brusquement de douleurs d'estomac, de malaise et de vomissement; depuis trois jours à ce moment, elle souffrait de constipation rebelle. Elle eut de la diarrhée à trois reprises. Depuis lors elle a toujours eu de vives douleurs stomacales et de la diarrhée intermittente. L'abdomen est distendu, mais non douloureux. Le jour de l'admission à l'hôpital, le 16 octobre, l'abdomen est météorisé, mais douloureux seulement dans la région épigastrique. Le 17 octobre, la malade vomit en abondance un liquide verdâtre; pendant 3 jours il n'y eut pas de garde-robe. Le météorisme augmenta beaucoup et la malade eut deux vomissements fécaloïdes abondants. On donna un bain chaud et huit lavements; la malade rendit alors du pus par l'anus, ainsi qu'un segment d'intestin de la longueur d'un pied. Depuis lors, vomissements fécaloïdes presque quotidiens, et les lavements ne ramenèrent qu'un peu de pus et de mucus intestinal. La température s'éleva à 38°,6. L'abdomen se distendit de plus en plus en restant peu douloureux. Mort le 4^e novembre dans le collapsus progressif.

A l'autopsie, on trouva une invagination iléo-cæcale qui s'était formée après l'élimination du segment d'intestin qui correspondait à la fin de l'iléon. Il n'y avait nulle part de sténose absolue.

L'examen histologique du segment intestinal éliminé montra qu'il s'agissait d'un sarcome fusco-cellulaire développé aux dépens de la sous-muqueuse intestinale.

2. OBS. DE HOMOLLE, *Bulletin Soc. anat. de Paris*, 1870, p. 260. — Homme adulte. Entre dans les premiers jours de mars 1870 pour une hernie inguinale droite, devenue irréductible la veille. Des tentatives de taxis prolongées faites en ville n'avaient eu aucun résultat. Au bout de deux jours la hernie diminua beaucoup de volume, mais il resta au dehors une masse cylindrique, ferme, régulière qui descendait jusqu'au niveau du testicule et ne présentait pas les caractères habituels de l'épiploon hernié adhérent.

Bien qu'il fût évident que l'intestin avait été réduit, bien que le cours des matières se fût rétabli, des nausées et des vomissements se produisirent bientôt, que rien ne pût arrêter.

Les matières vomies étaient biliieuses, les selles diarrhéiques, jau-

nâtres, jamais sanglantes. Le ventre était peu douloureux, non ballonné. Deux jours avant la mort, cependant, il se montra tendu, et trois saillies se dessinèrent vers l'ombilic et les flancs, assez semblables à celles que forment les anses intestinales distendues (dans les cas d'étranglement interne, mais ne présentant aucun mouvement péristaltique. La fièvre était peu intense, le pouls petit, faiblement accéléré. Il s'agissait manifestement d'une obstruction intestinale incomplète avec péritonite subaiguë, et on pouvait penser soit à un pincement par une bride fibreuse, soit à une invagination. Le malade, pâle et maigre à son entrée, avait pris dans les derniers temps un aspect cachectique. Il mourut le 24 mars 1870.

Autopsie. — L'estomac est fortement dilaté. A 60 centimètres du pylore, il existe une invagination intestinale, une seconde vers le milieu de l'iléon, une troisième un peu plus bas, une dernière enfin plus considérable s'avance jusqu'à 40 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale.

Il suffit de rompre de faibles adhérences pour détruire ces invaginations : elles répondent à des masses polypiformes à surface ulcérée saignante. Deux tumeurs moins volumineuses se rencontrent à la fin de l'intestin grêle, elles ne sont pas ulcérées.

A la coupe, le tissu qui constitue les tumeurs est assez ferme, d'un blanc rosé, d'aspect encéphaloïde et laisse un suc laiteux. Les autres organes abdominaux sont sains, les ganglions mésentériques peu volumineux.

L'examen histologique indique qu'il s'agit de sarcome.

a. OBS. de MOXON, Cancer (Lympho-Sarcoma) of the small intestine. *Transactions of the Pathological Society of London*, 1873, Bd. XXIV p. 109. — Homme de 30 ans; raconte qu'il a été bien portant jusqu'à il y a 10 semaines; à ce moment, il remarqua un accroissement de volume de son ventre, qui n'a fait qu'augmenter depuis. Il y a un mois, les membres inférieurs se sont œdématiés et depuis quinze jours le scrotum à son tour s'est distendu. Le malade souffre depuis un mois de dyspnée et d'attaques fréquentes de diarrhée.

État actuel. — Malade très amaigri, visage émacié et tiré. Œdème des membres inférieurs et du scrotum. Ascite. A la palpation de l'abdomen, on sent une résistance profonde, difficile à délimiter à cause de l'ascite. Il n'y a que peu de douleurs. Les jours suivants, la distension de l'abdomen ne fait que s'accroître ainsi que la dyspnée. Le malade mourut dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouva une tumeur de l'intestin grêle; l'intestin est dilaté au niveau du point où siège la tumeur. On trouva sur le reste de l'intestin des nodules grêles, des nodules néoplasiques. La tumeur primi-

tive comprimait la veine cave et avait ainsi déterminé de l'œdème. Les ganglions mésentériques étaient envahis secondairement.

Histologiquement, il s'agit d'un *sarcome globo-cellulaire* (lympho-sarcome).

4. OBS. de HUGO BECK, *Sarcomalymphadenoides ilei primarium*. *Prager Zeitschr. für Heilkunde*, 1884, Bd. V, p. 447. — *Autopsie* d'un ouvrier de 31 ans; une anse d'intestin grêle (iléon) était fixée au sommet de la vessie; au niveau de l'adhérence la paroi intestinale était infiltrée par une tumeur molle, qui avait envahi le tissu cellulaire périvericinal. Les ganglions mésentériques correspondants étaient augmentés de volume et infiltrés par des noyaux analogues à la tumeur primitive. Dans le foie se trouvait un nodule métastatique, gros comme une cerise, de couleur blanchâtre; on trouvait une métastase tout à fait semblable dans la zone corticale du rein droit. — A l'examen *histologique* la tumeur intestinale était composée d'un tissu réticulé, renfermant dans ses mailles un grand nombre de cellules lymphoïdes. Le nodule rénal présentait une structure tout à fait semblable. Dans le foie, on trouvait à l'endroit du noyau métastatique un grand nombre de petits nodules miliaires, composés de tissu réticulé et de cellules lymphoïdes; ces nodules étaient développés dans le tissu conjonctif du lobule, en dehors des capillaires sanguins.

Cette observation, d'après l'auteur, doit être rangée parmi les faits de *lympho-sarcomes* primitifs de l'intestin avec noyaux métastatiques dans le rein et le foie.

5. OBS. de PICK, *Primäres Sarcom des Dünndarmes*. *Prager med. Wochenschrift*, 1884, Bd. IX, p. 96. — Homme, 35 ans. Souffre depuis quatre semaines de douleurs d'estomac, d'anorexie, de douleurs épigastriques et de vomissements. Depuis 15 jours, les douleurs d'estomac ont diminué, mais il est apparu du météorisme. Le malade est amaigri, pâle; son ventre est distendu, tympanique à la percussion, sans qu'aucun organe présente rien d'anormal. Dans la région inguinale gauche, au-dessous de l'arcade de Fallope, on trouve une tumeur dure, lisse qui possède un pédicule qui se dirige en haut et en dehors. — Il y a plusieurs années que cette douleur est apparue, au dire du malade. Comme l'état du malade s'améliorait un peu, il quitta l'hôpital, mais rentra le 8 janvier 1883, à cause d'une constipation rebelle qui existait depuis quelques jours. A l'examen, on trouva le ventre du malade toujours très tendu, mais indolore; dans l'hypochondre gauche, on sentait maintenant une résistance diffuse. Le 24 janvier 1883, le malade entra brusquement dans le collapsus et mourut le 26 janvier.

A l'autopsie, l'estomac et l'intestin sont distendus; leur muqueuse est injectée. Au niveau du jéjunum et de l'iléon, la paroi intestinale est infiltrée, sur une étendue de 15 centimètres, par une tumeur gris-blanchâtre,

parsemée d'hémorragies; cette tumeur se prolonge sur une étendue d'environ 3 centimètres dans le mésentère. Bien que les tuniques de l'intestin fussent épaissies, on les reconnaissait cependant entre elles; par contre, la limite du mésentère et de l'intestin grêle n'était plus reconnaissable. A l'intérieur de l'intestin, la muqueuse forme des plis saillants et nombreux qui en rétrécissent la lumière, au point que le petit doigt peut à peine y pénétrer. En deux points, situés à la partie inférieure de la tumeur, on trouvait deux ulcérations de l'étendue d'une pièce de 5 francs environ, qui entamaient toutes les tuniques de l'intestin jusqu'à la séreuse exclusivement; celle-ci formait au niveau des ulcérations une saillie en forme de bulle. A la partie supérieure de la tumeur se trouvait une ulcération beaucoup moins étendue qui avait détruit également toute l'épaisseur de la paroi intestinale, sauf la séreuse.

Les ganglions mésentériques correspondant à la tumeur étaient très tuméfiés, de couleur gris blanchâtre, rappelant tout à fait l'aspect de la tumeur intestinale. Sur la muqueuse de l'iléon, on apercevait plusieurs ulcérations superficielles de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Il y avait des métastases rénales et hépatiques.

La structure *histologique* de la tumeur primitive et des noyaux secondaires était celle d'un *sarcome globo-cellulaire*.

6. OBS. DE FR. KRAUS, Zur Casuistik der primärer Darmtumoren. *Prager Medicinische Wochenschrift*, 1886, Ed. IX, p. 109. — Homme de 36 ans. Le malade ne sait pas exactement à quand remonte le début de sa maladie. Peu à peu des troubles dyspeptiques se sont installés; il a maigri, il a eu des alternatives de constipation et de diarrhée en août 1885. Des douleurs apparurent dans le bas-ventre. Ce n'est qu'en septembre de la même année que le malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur, située dans la région ombilicale, qui augmenta rapidement de volume. On peut sentir à ce niveau une tumeur irrégulière, bien limitée, de la grosseur d'une tête d'enfant, non adhérente à la paroi abdominale, mobile avec les mouvements respiratoires, mais semblant fixés dans la profondeur. A gauche de l'ombilic, on pouvait palper deux nodules durs, semblant indépendants de la tumeur. La consistance de la tumeur est plutôt molle, vaguement fluctuante; la percussion, à la surface de la tumeur, donne un son tympanique en certains points. A l'examen du sang on trouva un peu de leucocytose. Pas de fièvre; mais douleurs assez vives. La cachexie progressive s'installa rapidement et la tumeur abdominale s'accrut jusqu'à atteindre le volume d'une tête d'adulte. Il y avait toujours des alternatives de constipation et de diarrhée. 5 jours avant la mort, les symptômes d'une péritonite apparurent; la tumeur devint indistincte, et de chaque côté dans les flancs on pouvait constater la présence de liquide.

Autopsie. — On trouva une tumeur siégeant sur l'intestin grêle; le revêtement séreux de la tumeur était intact. La tumeur siégeait à 60 cen-

timètres au-dessous du pylore et occupait 16 centimètres de longueur d'intestin.

Il n'y avait pas de perforation de la tumeur. Deux ganglions mésentériques voisins de la tumeur étaient envahis, ainsi que plusieurs ganglions rétropéritonéaux. Il n'y avait pas de métastases viscérales.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait de *lympho-sarcome à petites cellules* ayant débuté par la muqueuse de l'intestin grêle.

7. OBS. DE HAAS, Ueber einen Seltenen Fall von Lymphosarcoma jejuni. *Wiener Med. Presse*, 1886, Bd. XXVII, p. 471. — Homme, 35 ans, boulanger. Malade depuis 9 mois ; son affection a commencé par de l'amaigrissement et de la perte des forces. Après un excès de table, il y eut des alternatives de constipation et de diarrhée ainsi que du dégoût pour la viande. Depuis 6 mois le malade ne prend que du lait et des soupes. Au début du mois d'août de l'année précédente survinrent des coliques qui s'accompagnaient de diarrhée sanguinolente ; un mois après le malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans la région ombilicale. A mesure que cette tumeur se mit à grossir, le malade souffrit moins de coliques ; mais les selles restèrent irrégulières. Le 23 janvier 1886, examen : malade vigoureusement constitué, mais très pâle et très amaigri.

Dans la région ombilicale, on sent une tumeur grosse comme une tête d'enfant, dure, inégale, non adhérente à la paroi abdominale. La consistance de la tumeur est inégale, car, à côté des parties dures, elle est presque fluctuante. A la palpation, la tumeur semble bien limitée. La percussion montre une zone de matité à son niveau ; au contraire, la zone fluctuante est tympanique. La tumeur est peu mobile, mais suit les mouvements respiratoires. L'examen du sang montre de la leucocytose. Les ganglions lymphatiques ne sont ni augmentés de volume, ni douloureux. Il commence à y avoir de l'œdème des jambes et des mains ; la tumeur abdominale grossit à vue d'œil ; elle est maintenant (9 février) du volume d'une tête d'adulte. On constate également l'apparition d'ascite à ce moment. Pendant ce temps, il y a de la diarrhée succédant à 8 jours de constipation. Mort le 9 février dans le collapsus survenu brusquement.

Autopsie. — Dans l'abdomen un demi-litre de liquide ascitique avec quelques flocons fibrineux. A 60 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin, l'iléon est dilaté en forme de sac anévrysmal, la cavité de ce sac contient une bouillie sale. Les parois de la dilatation vasculaire sont constituées par l'intestin infiltré par une tumeur : celle-ci a perforé en dehors la musculaire et en dedans la muqueuse est ulcérée en plusieurs points. En haut et à droite, la tumeur est intimement adhérente au côlon transverse ; en bas à plusieurs anses grêles. La muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin est vasculaire et tuméfiée.

A l'examen histologique, la tumeur principale est composée de *sarcome fuso-cellulaire* ; quelques ganglions lymphatiques rétropéritonéaux sont

augmentés de volume et infiltrés. Il n'y a pas de métastases dans les viscères ni les ganglions.

8. OBS. DE FR. KRAUS (résumée), Ueber einen Fall von multiplen primären Dunndarmsarcom. *Prager medic. Wochenschrift*, 1889, n^{os} 6-7, p. 59 et 70. — Homme de 26 ans, toujours bien portant jusqu'au 20 octobre de cette année (1888). A ce moment, il fut pris de douleurs abdominales très vives qui provoquèrent une syncope. Les douleurs commençaient autour de l'ombilic et irradiaient vers le dos. Le ventre se distendit et les douleurs s'atténuèrent. Les selles devinrent irrégulières ; la constipation alternait avec la diarrhée. Pas de vomissements ni de fièvre. Le 28 octobre, le malade entre à la clinique médicale du professeur Kahler.

Pas de fièvre. Le malade a beaucoup maigri ; la peau est jaune sale ; le pouls est fréquent, mais bien frappé. Les poumons sont sains. L'abdomen est distendu ; il y a des coliques violentes survenant par accès. Pas de vomissements ; pour le moment, le malade est constipé. Il y a de l'albumine et de l'indican dans l'urine. Malgré la tension de la paroi abdominale, on peut sentir des anses intestinales dilatées, roulant sous le doigt et gargouillant à la pression. Par le toucher rectal, on sent dans la concavité sacrée une petite tumeur ovoïde, roulant sous le doigt, grosse comme une noisette. Le *diagnostic clinique fut* : sténose intestinale peut-être d'origine tuberculeuse (?). On fit de grands lavages intestinaux ; les jours suivants, il y eut des selles liquides. Pas de sang dans les selles. Le malade se sentit amélioré. Son état resta à peu près pareil jusqu'au 15 novembre. Il survint peu à peu de l'ascite et la mort survint le 18 novembre. Il y eut de la fièvre dans les derniers jours.

La recherche des bacilles de Koch dans les selles, pratiquée plusieurs fois, fut absolument négative.

Autopsie (Professeur Chiari). — Dans la cavité abdominale on trouve un litre de liquide blanchâtre, trouble. Le péritoine est partout un peu épaissi. A la surface du foie, sur le diaphragme, dans le cul-de-sac de Douglas, on trouve une quantité particulièrement considérable de masses blanc grisâtre. Rate normale, sauf quelques kystes séreux. Dans les reins, au niveau de la substance corticale, nodules blanchâtres de petite dimension. Capsules surrénales d'aspect normal. L'estomac et l'intestin sont dilatés. Sur la deuxième portion du duodénum au-dessus de l'ampoule de Vater, on trouve une masse blanchâtre qui infiltre la paroi de l'intestin. A 2 mètres au-dessus de la valvule de Bauhin, sur l'iléon, on rencontre une tumeur qui infiltre toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin sur toute son étendue et sur une longueur de 10 centimètres. La tumeur est ulcérée ; les ganglions lymphatiques du mésentère sont tous très augmentés de volume et infiltrés de néoplasme sur l'iléon ; au-dessous de la tumeur principale, deux autres noyaux néoplasiques plus petits. Les ganglions

rétropéritonéaux, médiastinaux et claviculaires gauches sont également infiltrés de métastases. L'intestin est dilaté au niveau des tumeurs et la musculature est hypertrophiée au-dessus de la tumeur principale de l'iléon.

Histologiquement, sarcome globo-cellulaire avec réticulum très mince.

9. OBS. DE SCHWABE, *Ein Fall von Sarkom des Dünndarms*. Inaug. dissert. Würzburg, 1890. — Homme de 35 ans, mort avec le diagnostic clinique de péritonite.

A l'autopsie, on trouve dans le péritoine un liquide trouble sangui-nolent. Le péritoine est tapissé de fausses membranes. Dans le petit bassin, dans la région de l'anse sigmoïde, on trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant ; cette tumeur est adhérente à un paquet d'anses grêles d'une façon si intime qu'il est impossible de déridier ces anses intestinales. Il n'y a pourtant pas de sténose de l'intestin. A la coupe, on voit que la tumeur est très molle et qu'un grand nombre d'anses grêles sont envahies par ce néoplasme. La tumeur très molle est parsemée d'hémorragies anciennes et récentes. La surface de la tumeur du côté de la cavité abdominale est friable, et en beaucoup d'endroits, il n'y a plus de revêtement péritonéal. Les ganglions mésentériques, rétropéritonéaux et trachéo bronchiques sont envahis.

Examen histologique. — Sarcome globo-cellulaire partant de la sous-muqueuse de l'intestin grêle.

10. OBS. DE BALTZER, Ueber primäre Dünndarmsarcome. *Archiv für klin. Chirurgie*, Bd. XLIV, 1892, p. 717 et seq. — Homme de 44 ans, serrurier. Le malade commença à souffrir en février de douleurs abdominales et remarqua en même temps qu'il avait une tumeur dans le ventre qui depuis lors a toujours grossi. Les douleurs s'irradiaient dans les fesses et le sarcome. Les selles étaient rares et nécessitaient l'emploi de lavements.

12 avril 1888. — Homme pâle, amaigri ; on sent plusieurs ganglions au-dessus de la clavicule. L'examen du cœur et des poumons, du foie et de la rate ne montre rien d'anormal. L'abdomen est distendu ; à gauche, on sent une résistance assez marquée avec douleur à la pression. Par le toucher rectal, on sent une tumeur, qui déprime la paroi antérieure du rectum et semble adhérer à droite à la paroi pelvienne ; à gauche, la tumeur n'arrive pas jusqu'à la paroi du petit bassin, mais en pressant sur l'hypogastre, on retrouve la tumeur sentie par le toucher rectal, du côté gauche. La tumeur hypogastrique remonte jusqu'à l'ombilic ; elle a environ trois travers de doigt de large ; ses limites latérales sont difficiles à préciser et à droite il semble y avoir un prolongement qui remonte en haut. La percussion donne partout un son tympanique. Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume des deux côtés. Le pied gauche est œdémateux. Pas d'albumine dans l'urine. La constipation alterne avec la diarrhée.

Pas d'amélioration dans les semaines qui suivent. Il semble que les tumeurs abdominales augmentent de volume. L'œdème des membres inférieurs a beaucoup gagné en hauteur. Au début de septembre on constate un peu d'ascite. Il y a eu constamment de la fièvre oscillant entre 38 et 38°,5 le soir. Le 20 septembre, mort dans le collapsus.

Diagnostic de l'autopsie. — Sarcome primitif de l'intestin grêle, avec métastases péritonéales et hépatiques.

La pièce se compose d'une tumeur de forme cylindrique de 23 centimètres de longueur et de 42 centimètres d'épaisseur.

La vessie et la prostate sont intimement adhérentes à la face antérieure de la tumeur. En arrière, la tumeur adhère au côlon, qui est d'ailleurs normal. A côté du côlon, la tumeur adhère solidement à l'aorte abdominale, ainsi qu'à sa bifurcation. A la surface de la tumeur on voit plusieurs sillons qui montrent qu'elle est formée d'un agrégat d'anses intestinales. Il n'y a nulle part de perforation. Sur une coupe médiane verticale, on reconnaît que la tumeur est formée par une grande cavité, qui contient des noyaux de cerise et un noyau de prune. Les saillies qui hérissent la face interne de la cavité, montrent là encore qu'il s'agit d'une agglomération d'anses intestinales. À l'un des pôles de la tumeur on voit deux anses grêles qui se continuent sans démarcation avec la paroi de la tumeur qui a une épaisseur de 2 à 3 centimètres environ. Il n'y a nulle part de sténose. Il s'agit, histologiquement, d'un sarcome fusco-cellulaire ; les métastases ont la même structure.

11. OBS. de GENERSICH, Sarcoma rotundo-cellulare ilei primarium. *Pester med. Chirurg. Presse*, 1893, n° 47, p. 390. — B..., professeur dans la force de l'âge. Toujours très bien portant jusqu'à 4 mois avant sa mort. A ce moment survint de la diarrhée avec une fièvre élevée. Ce malaise ne dura que quelques jours. La santé redevint bonne, mais il y avait du météorisme abdominal. Au début de septembre 1892, le météorisme augmente beaucoup et il y eut des douleurs dans le bas-ventre. A la palpation, on sentit alors une tumeur dure, grosse comme la moitié du poing, bosselée, fixée à l'entrée du petit bassin dans la région inguinale gauche. A la fin d'octobre, l'état général est très mauvais ; ce malade ne peut plus sortir de chez lui : il y a tous les soirs de la fièvre, qui continuera jusqu'à sa mort. La cachexie progresse, des œdèmes apparaissent et le malade succombe le 16 décembre 1892.

Autopsie. — Dans l'abdomen on trouve des gaz et 5 litres de liquide séro-purulent. Sur l'iléon, à 55 centimètres de la valvule iléo-cæcale, on voit une tumeur, adhérente à l'épiploon et à l'S iliaque ; cette tumeur envahit l'intestin sur une longueur de 15 centimètres. A ce niveau l'intestin est dilaté ; sa paroi mesure de 0,5 à 2 cm. 5. Du côté de la muqueuse, la tumeur a un aspect mamelonné ; elle est de couleur vert grisâtre et en un point se trouve une large perforation à bords décollés, où l'on peut

introduire le doigt. Au niveau du bord mésentérique de l'intestin il existe une petite zone de muqueuse normale; à 3 centimètres au-dessus et au-dessous de la tumeur, on trouve une série de petits nodules sous-muqueux, de la grosseur d'un pois ou d'un haricot. Sur l'iléon sous-jacent à la tumeur, on rencontre plusieurs ulcérations superficielles. L'intestin sus-jacent à la tumeur est un peu dilaté et sa paroi est œdématisée. Le mésentère, rétracté et épaissi, contient de nombreux ganglions de la grosseur d'une noisette ou d'une noix. Dans le mésocôlon transverse, il existe un noyau gros comme une noix, d'aspect analogue à celui de la tumeur intestinale.

Examen histologique. — *Sarcome globo-cellulaire (tumeurs primitives et métastases mésentériques).*

12. OBS. DE S. FLEXNER, Multiple Lymphosarcomatosis with Reports of two cases. *Johns Hopkins Hospital Reports*, Baltimore, 1894, vol. III, p. 153. — Homme de 27 ans, reçu le 12 août 1891 dans le service du professeur Osler. Toujours bien portant, sauf une attaque de malaria, jusqu'en avril 1891; à ce moment, le malade fit un voyage à Pittsburg où il resta deux semaines. Revenu à Baltimore en mai 1881; depuis lors il est malade et attribue son mal à l'eau qu'il but à Pittsburg. La maladie a débuté par de la diarrhée; deux semaines après le début, la miction devint douloureuse. La diarrhée a cessé depuis deux jours au moment de l'entrée du malade à l'hôpital. Depuis, des vomissements incoercibles ont commencé; la miction est encore douloureuse; il y a une sensation de poids dans la région épigastrique. Le malade a beaucoup maigri; il est très anémique.

A l'examen, on trouve les organes thoraciques normaux; la langue est sèche et rouge; le ventre est légèrement météorisé, douloureux à la pression dans les deux fosses iliaques et la région sous-ombilicale. On ne sent nulle part de tumeur. La rate semble normale ainsi que le foie. Les ganglions lymphatiques ne sont nulle part augmentés de volume. La température est normale; le pouls est bon: 96 à la minute.

Dans les jours qui suivent, le malade se plaint de douleurs abdominales vives; il a une selle liquide verdâtre, ne contenant pas de sang. Brusquement le 17 août 1894, le malade meurt dans le collapsus.

Autopsie. — Le cœur est normal; les poumons présentent aux deux bases des signes d'hépatisation au début. Le foie présente un noyau blanc rosé du volume d'une noix et entouré d'une zone congestive; les deux reins présentent chacun un infarctus anémique cunéiforme, base sous-capsulaire; de plus, la substance corticale des reins est gris rosé, ponctué de rouge. L'estomac présente en plusieurs points des zones où la muqueuse est atrophiée, mince et de couleur bleu gris. Le gros intestin ne présente pas d'altérations, sauf une atrophie assez marquée de sa muqueuse par endroits. L'appendice iléo-cæcal forme un cordon dur, blan-

châtre à la coupe. Sur l'intestin grêle, à 2 m. 65 au-dessus de la valvule iléo-cæcale, il existe une tumeur qui s'implante sur l'intestin au niveau de son bord mésentérique. Cette tumeur a 2 centimètres de long sur 3 cm. 5 de large. La tumeur ne fait qu'une saillie minime dans la lumière intestinale ; elle est ulcérée au niveau de la lumière intestinale.

A 27 centimètres au-dessus de cette tumeur on trouve une seconde tumeur analogue à la première, large de 2 centimètres, saillante à l'intérieur de l'intestin et ulcérée. Plus haut encore, à 4 m. 30 au-dessus de celle-ci, nouvelle tumeur non ulcérée ; au-dessus de cette tumeur on sent dans l'épaisseur de la paroi intestinale plusieurs nodules durs, gros comme des pois. Les ganglions mésentériques et rétropéritonéaux ne sont pas augmentés de volume.

Examen histologique. — Les tumeurs intestinales, les métastases rénales et hépatiques sont du *lympho-sarcome*.

13. OBS. DE EIGER, *Journal de l'hôpital Bolzine*, 1885, p. 921, cité par TCHERNIAKOWSKI, *Chirurgia*, 1898, t. IV, p. 589. — X..., homme de 25 ans.

N'a jamais été malade, sauf une urétrite.

La maladie actuelle a commencé par des alternatives de vomissements et de nausées, accompagnés de douleurs abdominales. Ces vomissements bilieux de réaction acide, ne contiennent pas d'HCl libre ; cachexie, œdème des membres inférieurs. Les ganglions lymphatiques ne sont pas augmentés de volume. On sent, à droite de l'ombilic, une tumeur dure ; dans l'hypochondre gauche, on sent une autre tumeur que l'on croit être la rate augmentée de volume. Au-dessus de l'ombilic, on sent d'autres nodules durs. A l'hôpital, on constate que l'œdème des membres inférieurs a augmenté ; apparition d'ascite. La température montre des ascensions vespérales. La mort survient au bout d'un mois et demi.

Autopsie. — La partie horizontale du duodénum et le commencement du jéjunum sont entourés par une masse de ganglions très hypertrophiés. La paroi de l'intestin est très épaisse, si bien qu'elle donne l'impression d'un tube cartilagineux. La muqueuse correspondant au point malade est adhérente aux plans profonds et présente quelques ulcérations superficielles ; le calibre de l'intestin est plutôt augmenté.

Examen histologique. — Il s'agit d'un sarcome à cellules rondes, primitivement développé dans l'intestin.

14. OBS. DE HAMMER, Ueber primäre, multiple neoplasmen der Dünndarmes. *Prager medic. Wochenschrift*, 1896, p. 212. — Homme de 40 ans ; il y a 6 mois le malade a remarqué qu'il avait une tumeur dans le ventre, au-dessus et à droite de l'ombilic. L'abdomen se distendit progressivement depuis ce moment, et des coliques survinrent. A l'examen, on constate qu'il existe dans le ventre plusieurs tumeurs dures, lisses et glissant

sous le doigt à la palpation. La plus grosse tumeur, qui est du volume de deux reins environ, siège à droite de l'ombilic, au-dessous de l'hypochondre. La mort survint avec des accidents pulmonaires.

Autopsie. — Péritonite récente; plusieurs litres de liquide purulent dans le péritoine, mais pas de gaz. Toutes les anses intestinales sont agglutinées et recouvertes de fausses membranes. Sur une anse grêle dans l'hypochondre droit se trouve une tumeur volumineuse; les ganglions mésentériques correspondants forment une masse du volume du poing. Dans le reste de l'intestin grêle, qui est dilaté, on rencontre de place en place sous la muqueuse des organes saillants, blanchâtres; le premier de ces noyaux est à 16 centimètres du pylore sur le duodénum, les autres noyaux sont parsemés sur l'intestin grêle (au nombre de 6); la tumeur principale, qui occupe l'intestin sur une étendue de 18 centimètres, a envahi toutes les tuniques du jéjunum; elle est *ulcérée à sa partie interne* et siège à 65 centimètres du pylore. De plus, sur le reste de l'intestin grêle on trouve une série d'ulcérations qui semblent correspondre à l'élimination de nodules sous-muqueux, analogues à ceux décrits plus haut. Nulle part l'intestin n'est rétréci. L'estomac et le gros intestin sont normaux. Le foie et la rate sont normaux, ainsi que les reins.

Histologiquement, il s'agit de *sarcome globo cellulaire*. Le pus du péritoine contenait du streptocoque pur (péritonite par propagation, puisqu'il n'y avait nulle part de perforation).

15. 16, 17, 18, 19, 20. OBS. DE SMOLER, Zur Kenntniss der primäre Duundarmsarkome. *Prager med. Wochenschrift*, 1898, nos 13-14, p. 145 et 159.

I. — Homme de 33 ans.

Autopsie du 6 décembre 1891. L'abdomen contenait plusieurs litres de liquide trouble; le péritoine pariétal et viscéral est recouvert de nodules grisâtres, gros comme des noisettes; de même, sur la face antérieure et postérieure du foie, on trouve des noyaux analogues. La veine porte et la veine ombilicale sont entourées d'une sorte de gaine néoplasique qui les accompagne jusque dans l'épaisseur du parenchyme hépatique. Les voies biliaires sont perméables. Au niveau du tube de la rate, on rencontre plusieurs noyaux gros comme des pois. Rien de pathologique dans le gros intestin. Sur l'iléon, à 80 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale on trouve un diverticule de Meckel long de 8 centimètres dont la paroi est infiltrée de masses néoplasiques. Au niveau du *jejunum*, le néoplasme envahissait toute l'épaisseur de la paroi intestinale et la transformait en un véritable cylindre rigide, non rétréci, mais au contraire quelque peu dilaté. Les ganglions mésentériques correspondants étaient envahis par des métastases néoplasiques. A la surface de l'estomac on trouvait plusieurs noyaux métastatiques qui envahissaient

jusqu'à la musculaire. Il y avait également des métastases sur la plèvre et les ganglions médiastinaux.

L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un sarcome globocellulaire; les métastases avaient une structure identique.

II. — Femme de 38 ans.

Autopsie le 15 novembre 1892.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva le grand épiploon, l'estomac et plusieurs anses grêles adhérentes à la paroi abdominale. L'épiploon formait une bande épaisse. Dans la portion inférieure de la cavité abdominale, on trouva environ un demi-litre de liquide purulent; les anses intestinales étaient injectées, adhérentes entre elles. Au niveau de l'iléon, à 50 centimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale, se trouvait une tumeur de 8 centimètres de longueur, infiltrant toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin, la lumière intestinale était élargie en ce point et la muqueuse ulcérée. La muqueuse de l'iléon présentait d'autres noyaux plus petits, mais rappelant l'aspect de la tumeur primitive. Sur le cæcum se trouvait un noyau métastatique qui avait provoqué une perforation de la paroi intestinale. La plupart des ganglions mésentériques étaient augmentés de volume et certains remplis de noyaux métastatiques. On rencontrait plusieurs noyaux métastatiques sur le péritoine pariétal.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait de *lympho-sarcome*, avec un *réticulum* très fin.

III. — Femme de 70 ans. Autopsie du 2 juillet 1894. Sur l'iléon, à 30 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale se trouvait une tumeur qui infiltrait circulairement toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin; à la partie centrale de la tumeur se trouvait un foyer de nécrose. Pas de sténose. Les appendices épiploïques du gros intestin étaient infiltrés de néoplasme. Les ganglions mésentériques étaient augmentés de volume et infiltrés de masses néoplasiques. Les ganglions inguinaux et sus-claviculaires étaient également augmentés de volume et infiltrés de métastases. Le péritoine du petit bassin, ainsi qu'un sac de hernie crurale droite, étaient tapissés de noyaux métastatiques gros comme des haricots. Au niveau du pylore on trouvait une tumeur ulcérée, large de 4 centimètres, à bords surélevés.

Histologiquement, la tumeur de l'intestin et ses métastases étaient formées de *sarcome fuso* et globocellulaire mélangés; la tumeur du pylore était un *adéno-carcinome*.

IV. — Homme de 26 ans. Autopsie le 3 avril 1897. A 2 mètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale, on trouve une tumeur qui occupe toute la circonférence de l'intestin sur une étendue de 17 centimètres. La paroi intestinale mesure au niveau de la tumeur 1 centimètre et demi d'épais-

seur et la muqueuse est ulcérée en ce point. L'anse de l'iléon, occupée par la tumeur, se trouvait dans le cul-de-sac recto-vésical, elle était intimement adhérente au rectum et à la vessie. La vessie était envahie par la tumeur jusqu'à la muqueuse qui présentait plusieurs nodules, gros comme des pois. De même le rectum était envahi et perforé par le néoplasme intestinal. La lumière de l'anse d'intestin grêle néoplasique était très dilatée, mesurant 10 centimètres de diamètre. La muqueuse du canal intestinal ne présentait aucune autre anomalie. Les ganglions rétro-péritonéaux et mésentériques étaient envahis par des métastases néoplasiques.

Histologiquement, il s'agissait de lympho-sarcome.

V. — Homme de 26 ans (3 novembre 1897. La tumeur siégeait sur le jéjunum, à 50 centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal. Cette tumeur encerclait l'intestin presque complètement, ne laissant intacte que l'insertion mésentérique. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule ; sa surface interne était ulcérée. Pas de sténose de l'intestin à son niveau. Au-dessus de la tumeur, la muqueuse jéjunale présentait encore six nodules de la grosseur d'une noisette, développés sur la muqueuse. On rencontrait des nodules analogues sous-muqueux dans toute l'étendue du jéjunum jusqu'à l'iléon. Les ganglions mésentériques correspondant au jéjunum étaient augmentés de volume et remplis de métastases.

Histologiquement, il s'agissait de lympho-sarcome.

VI. (La partie clinique est due au professeur Wölfler.) — Homme de 48 ans. Toujours bien portant jusqu'à trois mois avant sa mort. A ce moment survinrent des douleurs dans la région sacrée et dans le bas-ventre. Un mois avant sa mort, le malade remarqua qu'une tumeur indolente se développait au-dessous du rebord costal droit ; il y avait de la diarrhée permanente et un amaigrissement considérable.

Examen du sang : 4.200.000 globules rouges, 19.000 globules blancs ; pas de poikilocytose.

Le 24 novembre, on constate que la périphérie de l'abdomen mesure 75 centimètres au niveau de l'ombilic. Distance xipho-ombilicale, 19 centimètres ; distance de l'ombilic à la symphyse, 17 centimètres. A droite de l'ombilic on constate la présence d'une tumeur de consistance dure, à surface lisse, qui remplit la moitié droite du ventre. Pas de douleurs à la palpation ; la tumeur est adhérente partout ; circulation veineuse pariétale très développée à gauche. En insufflant le gros intestin, la percussion ne dénote pas de sonorité au-devant de la tumeur. La diarrhée continue ; il y a de temps à autre de violentes coliques. La mort survint le 20 novembre, de cachexie progressive avec hypothermie (36°).

Autopsie. — Estomac, duodénum, normaux. A 12 centimètres de la valvule iléo-cæcale se trouve une masse néoplasique qui infiltre toute

l'épaisseur de l'iléon et en provoque la dilatation anévrysmale. L'épaisseur de la paroi de la tumeur varie de 2 à 4 centimètres.

Il y a dans l'épaisseur de la tumeur des foyers de nécrose. Pas trace de sténose. Le cæcum est normal, mais comprimé par la tumeur. L'épiploon est infiltré par des noyaux métastatiques très nombreux. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume et infiltrés de néoplasme.

Les ganglions médiastinaux sont également envahis, ainsi que les ganglions cervicaux.

L'examen histologique montre que la tumeur et les métastases sont constituées par du sarcome globo-cellulaire, avec un fin réticulum délimitant des alvéoles.

21. OBS. DE R. SCHMIDT, Ein Beitrag zur Lymphosarcomatosis des Dunndarms. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1892, n° 21, p. 505. — Homme de 47 ans, marié; le malade a toujours été très bien portant jusqu'en 1882. Depuis lors (c'est-à-dire depuis 16 ans) le malade a une grande tendance à avoir de la diarrhée, surtout quand il use de certains aliments. Malgré cette diarrhée parfois fort intense (jusqu'à 20 selles par jour) le malade a continué à se porter assez bien; l'appétit restait bon. Depuis 3 mois seulement des douleurs vives sont apparues sous formes de coliques, le ventre est météorisé. Une semaine avant l'entrée à l'hôpital, apparition de l'œdème des membres inférieurs.

Au moment de l'entrée à l'hôpital (8 janvier 1898), on constate que le malade est pâle, très amaigri; une infiltration œdémateuse gonfle presque partout le tissu cellulo-adipeux sous-cutané (anasarque).

Le cœur est normal; au niveau des poumons on entend de chaque côté quelques râles fins et l'inspiration est un peu rude.

L'abdomen est très météorisé; la palpation ne permet de déceler aucune tumeur; pas de douleur à la pression. Le ventre donne partout un son tympanique à la percussion. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine, mais de l'urobiline et de l'indican. Les selles sont liquides, très fétides. Pas de bacilles tuberculeux dans les selles.

L'examen du sang donne : 4 millions de globules rouges; pas de leucocytose, température normale, sauf une seule fois le soir, 38° 6.

Le malade continue à avoir des coliques violentes et de la diarrhée fétide. Mort de cachexie progressive, avec augmentation considérable de l'anasarque le 20 janvier.

Autopsie par le professeur Weichselbaum :

Environ 200 grammes de liquide clair dans chaque plèvre; assez grande quantité de liquide clair dans le péricarde.

L'iléon à sa partie supérieure est le siège d'une tumeur, qui, sur une étendue de 3 à 4 centimètres, retréci le calibre de l'intestin qui n'admet que difficilement le petit doigt.

Au-dessous de ce point rétréci, le jéjunum est très dilaté et rempli de matières fécales liquides et d'odeur très fétide.

Au niveau du rétrécissement de l'iléon, une anse d'intestin grêle est adhérente à la tumeur, reliée à elle par une masse blanchâtre de consistance dure. La muqueuse de l'intestin grêle au niveau du rétrécissement est infiltrée par une masse blanchâtre, assez molle ; cette infiltration se continue sur l'intestin sus-jacent à rétrécissement sous forme de nodules sous-muqueux dont plusieurs sont ulcérés. On trouve également au niveau de l'insertion du mésentère à l'intestin grêle des nodules de la grosseur d'un pois, arrondis et d'un aspect analogue à celui des noyaux sous-muqueux. Le gros intestin est normal ; l'appendice vermiculaire est infiltré dans toute son étendue par une masse blanchâtre analogue à la tumeur de l'intestin grêle.

Diagnostic. — Lymphosarcome de l'intestin grêle.

22, 23. OBS. DE NOTHNAGEL, *Die Erkrankungen des Darmes und Peritoneum*, Wien, 1898, p. 218.

I. — Femme de 23 ans. Pendant sa maladie, Nothnagel la crut atteinte de tuberculose péritonéale et intestinale. La maladie dura 1 an et demi ; jamais la malade ne souffrit de constipation ; mais au contraire d'attaques fréquentes de diarrhée (sans bacilles tuberculeux. Elle eut toujours de violentes douleurs dans le ventre dès le début de sa maladie, et pendant un an la cachexie et l'amaigrissement furent très peu marquées (hämoglobine nach Fleische, 45 p. 100 ; pas de leucocytose).

A l'autopsie, lympho-sarcome du jéjunum.

II. — Femme de 37 ans, a toujours été bien portante jusqu'en mai 1895 ; à ce moment survinrent des douleurs abdominales vives surtout à gauche ; ces douleurs survenaient presque aussitôt après l'ingestion des aliments. Jamais il n'y eut de vomissements ; les selles furent toujours régulières, sauf deux fois où il y eut de la constipation pendant quelques jours. La malade remarqua peu après le début de ses douleurs que des « tumeurs arrondies » apparaissaient dans le flanc gauche, puis disparaissaient et réapparaissaient plus bas. Pendant l'examen clinique (novembre 1895), on put constater nettement les signes d'une sténose de l'intestin grêle. Le péristaltisme intestinal exagéré était toujours limité à la moitié gauche de l'abdomen ; vers la région ombilicale on sentait une tuméfaction mal limitée, de consistance plutôt dure. L'anémie et l'amaigrissement étaient notables. Les selles normales ne contenaient pas de bacille de Koch. Température, matin, normale ; soir, 38° à 39°, 4. Poumons sains. On fit le diagnostic soit du sarcome de l'intestin grêle, soit de tuberculose péritonéale et intestinale avec sténose.

L'autopsie faite par le professeur Weichselbaum montra qu'il s'agissait

la fois de tuberculose et de sarcome. Sur tout l'intestin grêle on trouvait de nombreuses cicatrices, très pigmentées, larges d'environ 4 centimètre, généralement transversales comme les ulcérations tuberculeuses; en deux points ces cicatrices avaient produit une sténose marquée avec dilatation des anses intestinales sus-jacentes. En octobre, on trouva que sur presque toutes ces cicatrices il existait de petites saillies, de couleur grisâtre ou blanchâtre, qui se révélèrent comme étant du *lympho-sarcome* à l'examen histologique. Tandis que sur certaines cicatrices il n'y avait que quelques petits noyaux, sur d'autres, au contraire, ces noyaux étaient confluent et formaient en plusieurs points des tumeurs assez volumineuses; en ces points la paroi intestinale était soulevée par des bosselures répondant à la tumeur. En plusieurs endroits les tumeurs étaient nécrotiques et ulcérées. Les ganglions mésentériques étaient augmentés de volume et renfermaient des noyaux gris blanchâtre.

24. OBS. DE C. STERNBERG, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1901, n° 42, p. 1043. — Homme de 44 ans; reçu le 2 juin 1899 à la clinique médicale pour une diarrhée rebelle. Depuis six semaines, il existe de la diarrhée et des douleurs abdominales. Depuis un mois, l'amaigrissement est notable. Il y aurait eu du pus dans les selles.

Actuellement l'abdomen est un peu distendu. Au-dessous de l'ombilic, dans la région hypogastrique, on sent une tumeur dure, très douloureuse, qui semble être une anse intestinale grêle. Les selles sont brunâtres, très liquides et sanglantes.

L'autopsie montra qu'il existait au niveau du jéjunum douze tumeurs polypiformes, de la grosseur d'une noix environ, à surface irrégulière; ces tumeurs sont sous-muqueuses, recouvertes en partie par la muqueuse intestinale, mais pour la plupart ulcérées à leur extrémité libre. A la coupe, ces tumeurs sont composées de nodules durs, blanchâtres, de la grosseur d'un petit pois ou d'un haricot. Ces tumeurs sont disséminées à l'intérieur du jéjunum; le reste de l'iléon et le gros intestin n'en contiennent pas. Entre le jéjunum et l'iléon se trouve une invagination intestinale, après ouverture de l'anse engainante (*intussusciptens*) on voit que l'anse engainée (*intussusceptum*) porte à son extrémité une tumeur nécrosée, en tous points semblable aux autres tumeurs du jéjunum. Sur un autre segment plus central du jéjunum on trouve également une autre invagination longue de 5 centimètres; là encore une tumeur pédiculée siège au sommet de l'anse engainée. Au niveau de ces deux invaginations, la muqueuse des anses engainées est très œdématisée, injectée et en partie nécrosée. La muqueuse de l'iléon présente en différents points de petites ulcérations de la muqueuse qui est partout œdémateuse et injectée. Les ganglions rétro-péritonéaux et mésentériques sont augmentés de volume et gris rougeâtres à la coupe.

Il existe à la base du poumon droit une métastase néoplasique; les

reins et le foie montrent des lésions de dégénérescence amyloïde avancée.

Examen histologique — *Sarcome alvéolaire de la sous-muqueuse du jéjunum ; métastase dans le poumon droit.*

25. OBS. DE FELDMANN, *Einfaches und multiples Primarsarkom der Dunndarms*. Thèse de Leipzig, 1901. — Homme de 29 ans ; reçu le 19 février 1896. Toujours bien portant jusqu'à la Noël de 1895 ; à cette époque, l'appétit est devenu mauvais et le malade a maigri. Il y a trois semaines, il a remarqué une tumeur dans la moitié droite du ventre. Cette tumeur est devenue depuis quelque temps plus dure et un peu douloureuse. Depuis 3 mois, les selles sont irrégulières ; et depuis quelques jours, il y a du ténesme vésical.

Homme assez vigoureux, bien que pâle et un peu amaigri. Dans la moitié droite du ventre on remarque une saillie. A la palpation, on sent à ce niveau une tumeur dure comme du cartilage, bosselée, immobile, disparaissant dans le petit bassin. La tumeur est mate à la percussion ; l'intestin avoisinant est au contraire tympanique. La rate et le foie sont de dimensions normales. Au toucher rectal, on sent une tumeur dure, irrégulière, qui descend dans le Douglas et est séparée de la prostate par un sillon. Le rectum est entouré par la tumeur, mais sa paroi est normale.

Lorsque l'on remplit la vessie avec de l'eau, on voit que cet organe vient se placer entre la paroi abdominale et la tumeur qui lui est postérieure.

Le malade s'affaiblit beaucoup ; il a une débacle diarrhéique à la suite d'une purge à l'huile de ricin. Les ganglions cervicaux sont augmentés de volume des deux côtés. Mort le 17 mars 1896.

Autopsie. — Dans le petit bassin, il y a un paquet d'anses grêles, intimement unies entre elles par une tumeur qui infiltre également le mésentère correspondant. Il existe un rétrécissement de l'intestin grêle à ce niveau, car l'intestin grêle sus-jacent est distendu. Une fois la pièce enlevée, on voit que la tumeur infiltre complètement la paroi intestinale sur une étendue de 15 centimètres. La tumeur adhère à la vessie ; son épaisseur en ce point est de 3 centimètres. La muqueuse intestinale est ulcérée au niveau de la tumeur. A la coupe, le néoplasme est formé par une masse homogène, d'aspect spongieux, avec des îlots de nécrose. Dans l'épiploon, on trouve une tumeur grosse comme une noix. Dans le mésentère, surtout près de son insertion intestinale, il existe de nombreux noyaux durs.

Examen histologique. — *Sarcome globulo-cellulaire de l'intestin grêle.*

26. OBS. DE A. BOOTH, Report of a primary Sarcoma of the small intestine, *Philadelphia medical Journal*, 1902, vol. IX, p. 896. — Homme de

34 ans. L'histoire des antécédents du malade est absolument négative au point de vue de l'hérédité des néoplasmes.

Il y a 2 ans, le malade eut la fièvre typhoïde. Il commença à se plaindre l'année suivante de douleurs abdominales vagues, en particulier dans l'hypochondre gauche. On pensa à de la pleurésie, et on le traita sans succès. Dix mois après, le malade fut reçu à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde (?) ; rechuté (?). La température était tout à fait caractéristique de la fièvre typhoïde ; la rate est douloureuse à la palpation ; il y a du tympanisme abdominal et de la diarrhée. Pas de taches rosées ; on ne fait pas la séro-réaction de Widal. La température tomba en lysis au bout de 4 semaines. A ce moment le malade, très amaigri, souffrait d'anorexie et de vomissements.

Les poumons sont normaux ; les bruits du cœur faibles ; il existe un peu de sensibilité dans l'hypochondre gauche ; urine normale. Examen du sang : globules rouges, 2 millions ; hémoglobine, 42 p. 100. Pas de leucocytose. L'amaigrissement augmentait, et comme on sentait maintenant une tuméfaction dans l'hypochondre gauche, on proposa au malade de faire une intervention exploratrice, ce qui fut refusé. Mort peu après de cachexie progressive.

Autopsie (6 heures après la mort). — On trouva une tumeur de l'intestin grêle, située sur le jéjunum à 1 mètre du pylore environ ; la tumeur est placée dans l'hypochondre gauche ; elle a 18 centimètres de long et 10 de large environ ; elle adhère à l'épiploon et à d'autres anses grêles. Une anse d'intestin grêle entre dans la tumeur et en ressort. A l'incision de l'intestin on voit que la tumeur est développée aux dépens de la muqueuse et de la sous-muqueuse ; la tunique musculaire est envahie, mais la séreuse intacte. La lumière de l'intestin est élargie au niveau de la tumeur ; il y a une ulcération de la muqueuse au niveau de cette dilatation. Quelques ganglions mésentériques sont augmentés de volume.

Tous les autres organes abdominaux sont normaux : rate saine ; l'intestin grêle ne présente pas d'ulcérations des plaques de Peyer.

Histologiquement, il s'agit d'un *sarcome globo-cellulaire*.

TABEAU II. — Sarcomes de

	AUTEURS	SEXE, AGE	DATE DU DÉBUT des accidents
1	WALLENBERG, 1864.	Femme, 21 ans.	10 jours avant.
2	HORNOLLE, 1870.	Homme adulte.	2 jours avant.
3	MOXON, 1873.	Homme, 30 ans.	10 semaines.
4	H. BECK, 1884.	Homme, 31 ans.	.....
5	PICK, 1884.	Homme, 35 ans.	4 semaines.
6	KRAUS, 1886.	Homme, 36 ans.	.....
7	HAAS, 1886.	Homme, 36 ans.	9 mois.
8	KRAUS, 1889.	Homme, 26 ans.	1 mois.
9	SCHWABE, 1890.	Homme, 35 ans.	.....
10	BALTZER, 1892.	Homme, 44 ans.	3 mois.
11	GENERSICH, 1893.	Homme adulte.	4 mois.
12	FLEXNER, 1894.	Homme, 27 ans.	4 mois.
13	EIGER, 1895.	Homme, 25 ans.	.....
14	HAMMER, 1896.	Homme, 40 ans.	6 mois.
15	SMOLER, 1898.	Homme, 33 ans.	.....
16	IDEM.	Femme, 38 ans.	.....
17	IDEM.	Femme, 70 ans.	.....
18	IDEM.	Homme, 26 ans.	.....
19	IDEM.	Homme, 26 ans.	.....
20	IDEM.	Homme, 18 ans.	3 mois.
21	SCHMIDT, 1898.	Homme, 47 ans.	3 mois.
22	NOTHNAGEL, 1898.	Femme, 23 ans.	.....
23	IDEM.	Femme, 37 ans.	6 mois.
24	STERNBERG, 1901.	Homme, 44 ans.	6 semaines.
25	FELDMANN, 1901.	Homme, 29 ans.	2 mois.
26	BOOTH, 1902.	Homme, 34 ans.	1 an.

l'intestin grêle (non opérés).

NATURE DES ACCIDENTS	SIÈGE ET NATURE de la tumeur	DIAGNOSTIC
Invagination intestinale chronique.	Sarcome de la fin de l'iléon.	Obstruction intestinale.
Hernie étranglée, réduction partielle, obstruction intestinale.	Sarcomes multiples de l'intestin grêle.	Obstruction par bride ou invagination.
Tumeur abdominale avec ascite, cachexie.	Sarcome de l'intestin grêle.	.....
.....	Sarcome de l'intestin grêle.	.....
Tumeur abdominale, constipation rebelle.	Sarcome de la fin du jéjunum.	.....
Troubles dyspeptiques, tumeur abdominale, selles irrégulières.	Sarcome du jéjunum.	.....
Troubles dyspeptiques, tumeur abdominale, selles irrégulières.	Sarcome de l'iléon.	.....
Douleurs, selles irrégulières, tumeurs abdominales.	Sarcomes multiples de l'iléon.	Sténose intestin. tuberculeuse (?)
.....	Sarcome de l'intestin grêle.	Péritonite aiguë.
Cachexie, tumeur abdominale, fièvre.	Sarcome de l'intestin grêle.	.....
Diarrhée, fièvre élevée, tumeur abdominale, cachexie, mort de perforation intestinale.	Sarcome perforé de l'iléon.	.....
Diarrhée, vomissements incoercibles, météorisme, cachexie.	Sarcomes multiples de l'intestin grêle.	.....
Vomissements bilieux, tumeurs abdominales multiples, fièvre, cachexie.	Sarcome de l'angle duodéno-jéjunal.	.....
Tumeurs abdominales multiples, cachexie.	Sarcomes multiples de l'intestin grêle ulcérés avec péritonite par propagation.	.....
.....	Sarcome du jéjunum.	.....
.....	Sarcome de l'iléon.	.....
.....	Sarcome de l'iléon.	.....
.....	Sarcome de l'iléon.	.....
.....	Sarcome du jéjunum.	.....
.....	Sarcome de l'iléon.	.....
Diarrhée avec douleurs, tumeur abdominale, cachexie.	Sarcome de l'iléon.	.....
Coliques, météorisme, cachexie.	Sarcome de l'iléon.	.....
Douleurs très vives et diarrhée, cachexie.	Sarcome du jéjunum.	Tuberculose intestinale.
Douleurs abdominales, péristaltisme intestinal exagéré.	Sarcome diffus de l'intestin grêle.	Tuberculose intestino-péritonéale ou sarcome (?).
Diarrhée, douleurs abdominales, amaigrissement, tumeur abdominale.	Sarcomes multiples de l'intestin grêle.	.....
Amaigrissement, symptômes dyspeptiques, tumeur abdominale.	Sarcome de l'intestin grêle.	.....
Fièvre élevée, météorisme, grosse rate, diarrhée, cachexie.	Sarcome du jéjunum.	Fièvre typhoïde, rechute (?).

B. — CAS OPÉRÉS.

1. OBS. de LIBMAN, *Mittheil. aus dem Grenzgeb. der Mediz. u Chi.* 1901, Bd. VII, p. 445. — M. G., 18 ans, Russe, ouvrier en boutons. Entre le 23 janvier 1899. Le malade n'a commencé à souffrir que la veille; il se plaint de douleurs vives dans le bas-ventre, localisées à droite, au-dessus de l'ombilic. Hier il a eu une selle; il a depuis la nuit de la veille des vomissements bilieux. Jamais auparavant le malade n'a souffert.

Examen. — Visage abattu; yeux vibreux, peau sèche. Pouls rapide, petit, à peine perceptible. Respiration superficielle et fréquente. Jambes fléchies. L'abdomen est dur et tendu, partout tympanique. Par le rectum on sent une grosse masse abdominale, de consistance molle. T., 39°.7; p., 100; resp., 50.

Opération (van Arnsdale). — On fait une injection de 1 litre et demi de sérum physiologique. Incision dans la fosse iliaque droite, il s'écoule une grande quantité de liquide et des matières fécales; on incise à gauche, et l'on fait un lavage péritonéal. L'appendice qui a été cherché est absolument normal. Le malade se cyanose et meurt très rapidement après l'opération.

Autopsie (4 h. après la mort). — Sur le jéjunum, à 2 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, on trouve une perforation de 7 centimètres de long sur 8 centimètres de large; ses bords sont irréguliers; la perforation s'est faite au niveau d'une tumeur qui a infiltré la paroi de l'intestin très dilaté à cet endroit. L'épaisseur de la tumeur infiltrée est de 2 centimètres environ; elle est blanche à la coupe et de consistance molle. La tumeur n'entoure pas complètement l'intestin, qui est normal sur une étendue de 2 à 3 centimètres au niveau de l'insertion mésentérique.

Dans le mésentère correspondant à l'anse grêle malade, deux ganglions lymphatiques dégénérés. Pas de métastases abdominales.

Examen histologique. — *Lympho-sarcome du jéjunum.*

2. OBS. de LIBMAN, *ibid.* — M. M., homme de 42 ans, entré le 8 janvier 1900.

Depuis quinze jours le malade se plaint de douleurs irrégulières dans le ventre. Il a depuis la même époque des envies fréquentes d'uriner avec besoin pressant (tous les quarts d'heure). Pas de sang dans l'urine; pas d'écoulement urétral. Depuis 4 jours, les douleurs abdominales ont beaucoup augmenté d'intensité. Les douleurs, d'abord diffuses, sont surtout devenues pelviennes. Ni fièvre, ni vomissements. Jusqu'à hier, constipation opiniâtre. Depuis quelques jours le malade s'est aperçu de l'existence d'une tumeur abdominale qu'il n'avait jamais remarquée et qui a grossi rapidement en devenant douloureuse.

Examen. — Malade amaigri. On trouve dans la région hypogastrique une tumeur irrégulière, qui empiète de chaque côté dans les

fosses iliaques, surtout la droite. La tumeur est douloureuse, de consistance ferme; par le toucher rectal on sent la même tumeur dure et irrégulière. Température, 38°.5; l'urine contient de l'albumine, des leucocytes, des cylindres hyalins et purulents.

Opération (8 juillet 1903 par E. Brewer). — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une grosse tumeur d'aspect hémorragique qui siège sur l'iléon et qui adhère à la fosse iliaque, au pelvis, aux gros vaisseaux et à la vessie. Avec de très grandes difficultés on parvient à extirper la tumeur avec une longueur d'environ 10 centimètres d'intestin grêle. Entérorraphie circulaire avec le bouton de Murphy. Le malade meurt 3 jours après de péritonite.

Autopsie. — La tumeur siège sur l'iléon à environ 70 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Au niveau de la tumeur, on voit un diverticule intestinal en voie de formation. La tumeur est très irrégulière et composée de deux masses, dont chacune ressemble assez à un rein. La largeur maxima de la tumeur est de 45 centimètres, la longueur 13 centimètres et l'épaisseur 8 centimètres. Une grande partie de la tumeur est hémorragique et kystique; on voit également plusieurs foyers de nécrose. A la coupe, on voit que la tumeur a son point de départ dans la sous-muqueuse et qu'elle a respecté la muqueuse.

A l'examen histologique, il s'agit de sarcome fuso-cellulaire.

L'autopsie a permis de révéler les particularités suivantes : la rate est atrophiée, remplie de vieux infarctus. Les reins sont atteints de néphrite chronique. Vieille endocardite mitrale avec atrophie brune du myocarde. Le foie est fortement pigmenté de jaune brun.

Pas de métastases néoplasiques.

3. OBS. DE HAHN, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 25, p. 446. — Homme de 19 ans; depuis quelques semaines, l'appétit est devenu mauvais; les selles sont irrégulières et le malade s'est aperçu de l'existence d'une tumeur dans le flanc droit. La constipation est devenue permanente.

La tumeur est mobile, de surface bosselée et a la forme d'un rein de petit volume. On pense qu'il s'agit d'un rein flottant du côté droit.

Opération. — Incision sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, commençant en haut à la 12^e côte; on sent que le rein est à sa place; on agrandit l'incision primitive vers la crête iliaque; on voit alors que la tumeur est intra-abdominale et siège sur le cæcum. On incise le péritoine, on sort le cæcum, l'appendice et l'iléon; la tumeur siège sur la fin de l'iléon et vient faire saillie à l'intérieur du cæcum, dont la paroi est souple et mobile sur la tumeur; l'appendice est sain; il y a plusieurs gros ganglions dans l'angle iléo-cæcal: on attire ainsi par la plaie lombaire la fin de l'iléon, le cæcum et le début du côlon ascendant; on résèque tout ce segment iléo-cæcal après avoir placé un tube de caoutchouc sur le mésentère. On accole les deux bouts de l'intestin par quelques

sutures; puis on le fixe en arrière et dans la plaie lombaire en mettant un tube de caoutchouc dans le bout de l'iléon sectionné. Guérison.

Il s'agissait d'un *sarcome globo-cellulaire de la fin de l'iléon*.

Le malade mourut 8 ans après (communication écrite de Hahn à Rheinwald *loco citato*) à la suite d'une tentative de fermeture de l'anus contre nature lombaire.

4. OBS. DE V. ZURALSKI, *Beitrag zur Casuistik der Dünndarmgeschwülste*. Thèse de Königsberg, 1889. — Homme de 40 ans, greffier; il a remarqué depuis 1½ mois qu'il avait dans le ventre une induration qui ne le gênait pas. Il a déjà souffert de constipation, et son état général est mauvais. En août 1888, l'induration disparut et le malade commença à souffrir. Quelques jours après le ventre se mit à enfler rapidement. Le milieu de l'abdomen est occupé par une grosse tumeur fluctuante, à parois lisses, assez mobile. La tumeur est mate à la percussion. Par le toucher rectal, on ne sent rien d'anormal.

Laparotomie (professeur Mikulicz) (1). — On voit une tumeur kystique, qui adhère à l'intestin grêle sur une étendue de 3 centimètres. On résèque la tumeur avec le segment d'intestin adhérent. Entérorraphie circulaire et fermeture de la paroi. Guérison rapide. Le malade sortit guéri au bout de 13 jours.

L'examen de la pièce montra que la tumeur adhérait au bord mésentérique de l'intestin grêle sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Le reste de l'intestin réséqué était normal. La lumière intestinale était légèrement rétrécie au point d'implantation de la tumeur. Le reste de la tumeur était formé par un kyste de la grosseur d'une tête d'adulte, qui contenait environ 5 litres de liquide *hémorragique*. La face externe était recouverte du péritoine et soulevée par plusieurs bosselures grosses comme des pois ou des noisettes. La face interne du kyste était granuleuse et par endroits recouverte de dépôts fibrineux. Au niveau de l'adhérence de la tumeur à l'intestin, la paroi du kyste s'épaississait beaucoup sur une étendue large comme la paume de la main. Le contenu du kyste était un liquide hémorragique, avec des flocons fibrineux ressemblant à ceux qui adhéraient à la paroi.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un *sarcome fuso-cellulaire* qui avait débuté dans la muqueuse de l'intestin grêle et de là s'était infiltré dans le mésentère.

5. OBS. DE KONIG, *Die Operationen am Darm bei Geschwülst*. *Arch. f. klin. Chirurgie*, 1890, Bd XL, p. 903. — Femme de 34 ans; elle a eu six enfants, le dernier il y a trois mois. Depuis cette dernière grossesse, la

(1) In BRUNS BERGMANN MIKULICZ, t. III, p. 455, Mikulicz écrit que son malade fut revu sans récidive pendant plusieurs années.

malade se plaint de douleurs abdominales et d'amaigrissement. Selles normales. Dans le flanc gauche, depuis l'hypochondre jusqu'à la crête iliaque, on sent une tumeur grosse comme une tête d'enfant, d'apparence fluctuante et à surface bosselée ; la tumeur s'enfonce en arrière dans la région lombaire. L'urine est claire, dépourvue d'albumine. Les poumons et le cœur sont normaux.

Opération le 23 août 1890. — Incision longitudinale étendue de la 7^e côte à l'épine iliaque antéro-supérieure, passant par le point le plus saillant de la tumeur. La tumeur adhère à la paroi abdominale, à l'épiploon, à l'intestin grêle. Après une énucléation laborieuse, on attire une anse d'intestin grêle qui est le siège de la tumeur ; celle-ci se rompt. On enlève des ganglions mésentériques gros comme un œuf de pigeon. On peut ensuite arriver à réséquer un gros paquet ganglionnaire avec 60 centimètres d'intestin grêle qui lui adhèrent. Sur ce segment d'intestin grêle on trouve un sarcome de la paroi de l'intestin, largement ulcéré.

On suture avec grand peine le segment supérieur de l'intestin (qui est la fin du duodénum) avec le segment inférieur.

Mort de péritonite en vingt-quatre heures par insuffisance de la suture.

Examen histologique, Sarcome de l'intestin grêle.

6.-7. OBS. DE BALTZER, *Archiv f. klin. Chirurgie*, Bd XIV, 1892, p. 747. — I. Garçon de 14 ans. Entre à la clinique médicale le 25 novembre. Les parents, les frères et sœurs du malade sont bien portants. Le malade a commencé à marcher tard, à la fin de la seconde année. Il n'a jamais eu de maladies d'enfance. L'enfant est malade depuis le mois de juin 1890 ; à ce moment, après avoir mangé des myrtilles dans la forêt, il se sentit malade et vomit ; l'embarras gastrique dura environ une semaine. Il se rétablit à peu près dans la suite, mais il continua à ressentir de temps à autre des douleurs abdominales, surtout marquées à droite. Un mois après le début de la maladie, les parents remarquèrent une tumeur dans le ventre de l'enfant, tumeur qui n'a fait qu'augmenter depuis.

On fit le diagnostic de *péritonite circonscrite*. La périphérie de l'abdomen mesurait à ce moment 59 centimètres et demi à la hauteur de l'ombilic. L'enfant commençait à avoir de l'œdème des membres inférieurs lorsqu'il était resté debout.

Le 13 décembre 1890, passage à la clinique chirurgicale. Enfant assez bien constitué, mais cachectique. Musculature peu développée ; amaigrissement notable. Peau très pâle, non ictérique. (Œdème léger des pieds et du scrotum. Le thorax, l'abdomen et les cuisses sont recouvertes de taches lenticulaires, rouge vineux. Muqueuses pâles. Pas de ganglions. Augmente de volume. Température, 39°,2. Rien d'anormal au cœur et aux poumons.

L'abdomen est distendu ; il existe une circulation veineuse sous-cuta-

née assez développée. Le périmètre abdominal mesure 64 centimètres. On sent facilement une tumeur qui occupe le côté droit de l'abdomen, mais dépasse l'ombilic, à gauche, sur une étendue de 1 centimètre. Cette tumeur est de consistance élastique ; on sent une crépitation neigeuse à sa surface. La tumeur est assez régulière et ses bords tranchants ; la percussion montre qu'elle est mate : tout autour il existe de la sonorité. Il n'y a pas la moindre sensibilité de la tumeur à la pression ; il y a un peu d'ascite. La fièvre continue : 39° le matin, 40°, 39°, 3 le soir.

On pensa à de la péritonite tuberculeuse : cependant on émit aussi l'avis qu'il pourrait s'agir de néoplasme, vu la rapidité d'accroissement de la tumeur.

Le 17 décembre 1890, *opération*. — Choroforme, incision médiane sous-ombilicale. L'épiploon se présente rempli de nodules qui rappellent absolument les tubercules miliaires. On excise un de ces nodules pour l'examen histologique. Il s'écoule 20 grammes de sérosité rougeâtre ; fermeture de la paroi.

L'examen histologique du fragment excisé montre qu'il ne s'agit pas de tuberculose.

Le 23 décembre, en faisant le pansement il s'écoule des matières fécales liquides. Le jour suivant, la paroi est en grande partie ouverte et il s'écoule des matières fécales. Le 26 décembre, mort dans le collapsus.

L'autopsie fut faite le 27 décembre (professeur Thierfelder).

À l'ouverture de l'abdomen on aperçoit une tumeur plus grosse que le poing ; on incise largement la paroi et l'on voit que tout autour de la tumeur il existe des adhérences qui l'unissent aux anses intestinales voisines, avec du pus verdâtre, des dépôts fibrineux et des matières fécales liquides. La tumeur remplit la moitié droite du ventre ; elle semble englober le cæcum, l'appendice, le côlon ascendant. En dévidant l'intestin, on s'aperçoit que la tumeur commence à la fin de l'iléon et qu'elle a envahi le cæcum. Le mésentère est infiltré jusqu'à la colonne vertébrale. La tumeur adhérente à l'épiploon se déchire au cours de l'extirpation et il s'en écoule un liquide fétide. On voit alors que l'appendice iléo-cæcal est englobé par la tumeur, mais sa lumière est perméable et sa muqueuse ne semble pas altérée.

En sectionnant l'intestin, on voit que la tumeur est formée par une paroi de 5 centimètres d'épaisseur environ, limitant une cavité remplie de matières fécales liquides ; on voit que la paroi de l'intestin grêle (iléon) se continue insensiblement avec celle de la tumeur en augmentant progressivement d'épaisseur.

Le revêtement séreux de la tumeur est d'apparence normale ; au contraire, sa face interne est largement ulcérée, la coexistence de la tumeur est demi-molle, sa couleur sur la coupe est gris rosé ; certains points sont sphacelés, de couleur verdâtre. On ne trouve pas de métastases viscérales sauf dans la substance corticale de chaque rein.

Les autres organes ne présentent pas de lésions intéressantes.

Examen histologique. — Sur des coupes secouées dans l'eau, on voit que la tumeur possède un réticulum très net, occupant surtout des alvéoles délimitées par un stroma conjonctif assez dense. Les cellules comprises dans les mailles de ce réticulum sont surtout des cellules rondes, à gros noyaux, à protoplasma très réduit. La même structure se retrouve dans les métastases rénales. Au point où l'intestin pénètre dans la tumeur, on voit encore la musculaire, qui peu à peu est dissociée par les éléments de la tumeur; la muqueuse est complètement atrophiée dans l'étendue correspondant à la tumeur et même jusqu'à une distance de 10 centimètres au-dessus.

Il s'agit donc d'un *lympho-sarcome globo-cellulaire de l'iléon*.

II. — Homme de 52 ans, reçu le 9 mars 1891.

A part une attaque de rhumatisme articulaire, il y a 10 ans, le malade n'a jamais eu de maladie grave. Sa femme et ses enfants sont bien portants. Au début d'août 1890 surviennent des douleurs gastriques avec sensation de pesanteur.

Depuis lors, le malade n'a jamais pu s'alimenter comme auparavant; les selles sont généralement solides, et souvent un lavement est nécessaire. Depuis le mois de janvier 1891, les douleurs, qui étaient assez vives, ont diminué, mais le malade a commencé à maigrir beaucoup. Il y a un mois, le malade s'aperçut qu'il portait dans le côté droit de l'abdomen une tumeur qui fut également constatée par son médecin.

Cette tumeur était indolente et depuis elle a peu augmenté.

Homme pâle, amaigri. A la palpation, on sent du côté droit, à 3 centimètres de la ligne médiane, entre l'ombilic et la symphyse, une tumeur grosse comme le poing, qui est mobile dans tous les sens. Sa surface est lisse; il est difficile cependant d'en apprécier exactement les limites: à la percussion, la tumeur donne un son mat. Indolence complète. Le rebord hépatique dépasse de 2 travers de doigt le rebord costal. Il y a un peu d'ascite. Les selles sont normales; pas de ganglions augmentés de volume. Les organes thoraciques sont sains. T., 37°,4; P., 80.

Le diagnostic clinique fut: carcinome du côlon transverse.

Opération, 16 mars 1891. — Laparotomie latérale droite, dans la ligne mamillaire, commençant à 4 centimètres du rebord costal. On sort facilement du ventre une tumeur grosse comme les deux poings, siégeant sur l'intestin grêle. On fait la résection de la tumeur et on coupe en coin le mésentère correspondant; entérorrhaphie circulaire. Mort de collapsus brusque dans la nuit du 16 au 17 mars, à 4 heures du matin.

L'autopsie permet de voir qu'il n'y avait pas de perforation au niveau de la suture; elle est étanche à l'épreuve de l'eau. Le foie contient des noyaux métastatiques ainsi que l'épiploon. Rien d'anormal aux autres organes.

La pièce comprend une tumeur siégeant sur l'intestin grêle (iléon), à

4 mètre de la valvule iléo-cæcale. La forme de la tumeur est ovoïde; elle a une longueur de 14 centimètres et une largeur de 9 centimètres. L'intestin grêle entre et ressort dans la tumeur presque au même point; il y a donc une coudure de l'intestin à angle aigu. (V. schéma ci-joint.)

La tumeur est de consistance ferme, l'intestin a été coupé à 6 centimètres au-dessus de la tumeur. La paroi intestinale, d'épaisseur d'abord normale, se perd peu à peu dans la tumeur en augmentant de volume. L'intestin n'est pas notablement rétréci, puisqu'au point le plus étroit on peut encore passer facilement un crayon; la surface extérieure de la tumeur est lisse, sauf dans sa partie inférieure où elle est hérissée de saillies granuleuses de grosseur variable (V. schéma). La surface interne de la tumeur est lisse, de couleur blanchâtre. Il n'y a pas d'ulcération.

L'examen histologique montre qu'il s'agit pour la tumeur primitive, comme pour les métastases, d'un *sarcome à cellules rondes*, ayant débuté vraisemblablement par la sous-muqueuse de l'intestin grêle.

8. OBS. de RUTHERFURD, *Glasgow medic. Journal*, 1893, vol. I, p. 486. — Le docteur Rutherford présente une pièce provenant de l'autopsie d'une femme de 51 ans, qui depuis deux ans et demi était sujette à des crises d'occlusion chronique qui avaient été prises d'abord pour une dilatation gastrique, mais ensuite rapportées à leur vraie cause. L'entérostomie fut pratiquée quelques jours avant la mort par le docteur Cameron.

La tumeur occupait la partie inférieure de l'iléon; elle occupait l'intestin sur une étendue de 12 centimètres environ, sa plus grande largeur était de 6 centimètres, sa face externe était recouverte de végétations papillomateuses. A la coupe elle présente une saillie considérable qui rétrécissait la lumière intestinale au point qu'on ne pouvait passer qu'une bougie n° 8.

Il s'agissait au point de *vue histologique* d'un sarcome globo-cellulaire, développé probablement aux dépens des follicules clos.

9. OBS. de FLEMING and L. STEVEN, *Glasgow med. Journal*, 1893, vol. I, p. 455. — Femme de 27 ans, reçue le 27 septembre 1892, mariée et mère de 2 enfants.

Il y a deux mois, la malade a ressenti une vive douleur dans la région lombaire gauche, et au même moment son médecin découvrit à ce niveau une tuméfaction. Elle affirme que cette tuméfaction apparaît et disparaît suivant les moments: elle n'a pas remarqué qu'il y eut de rapports entre l'existence de la tumeur et la quantité d'urine émise. Quand sa tumeur est très-grosse, la malade souffre beaucoup, a mal à la tête et des frissons. Tous ces accidents disparaissent quand la tuméfaction diminue.

L'urine est normale, sauf qu'elle contient des urates en excès.

Les selles sont normales et l'ont toujours été.

La tuméfaction est perceptible au dessous du rein gauche; on pense qu'il s'agit peut-être de la rate.

Incision exploratrice (Fleming). — On découvre la tumeur qui est présentée ci-contre; on essaye de déterminer si une résection sera possible; mais les adhérences rendent toute intervention radicale impossible. *Mort*.

Le docteur Steven donne les résultats de l'autopsie : La pièce se compose du pylore, du duodénum et de 30 centimètres de jéjunum. La tumeur est située dans l'épaisseur de la première portion du jéjunum, aussitôt au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal. La tumeur a été sectionnée pour montrer ses rapports avec l'intestin; on voit qu'elle est constituée par une augmentation considérable d'épaisseur de toute la paroi de l'intestin; à sa partie inférieure la tumeur détermine une sténose assez marquée de la lumière intestinale; en amont de la tumeur au contraire le jéjunum est dilaté. Sur la coupe, la tumeur est de couleur rougeâtre et semble farcie d'hémorragies interstitielles.

À l'examen histologique, la tumeur se révèle comme un sarcome globocellulaire; l'épithélium de la muqueuse intestinale recouvre les éléments sarcomateux.

Avant d'ouvrir l'intestin, on avait fait couler de l'eau dans le bout supérieur, et la circulation des liquides n'était nullement gênée.

40. OBS. DE WALDENSTROM OU AKERBERG, Fall of Sarcom i Tarmen som omöglig gjorde repositionen es ett intelandt bröck. *Upsala läkerefören. fört.* Bd. V, p. 3888 (traduit du suédois par le professeur LENNANDER in BALTZER, *loc. cit.*). — Homme de 36 ans, paysan, raconte qu'il a une hernie depuis longtemps, qu'il l'a réduite souvent et contenue au moyen d'un bandage qu'il s'est fait lui-même. Un jour, il souffrit d'obstruction intestinale, et un médecin pratiqua le taxis qui réussit. 7 mois après la hernie reparut et ne put être réduite. Le lendemain, des vomissements survinrent, qui continuèrent après son entrée à l'hôpital; il n'y eut pas de vomissements fécaloïdes. L'abdomen est douloureux au niveau de l'orifice herniaire, et la lumière se continue sur la masse qui remplit la moitié gauche du scrotum. Cette masse a le volume du poing; elle est élastique, légèrement tendue et contient des masses dures que l'on prend pour des scybales. On essaya le taxis, mais la réduction ne put être obtenue complètement.

Opération (54 heures après le début des accidents). — On trouva une tumeur qui occupait la paroi de l'intestin; nulle part il n'y avait de traces d'étranglement véritable. Réduction impossible. *Mort*: 40 heures et demie après l'opération.

À l'examen de la pièce on trouva implantée sur l'intestin une tumeur solide, ressemblant à un utérus, dont le fond s'insérait sur le bord libre de l'intestin, tandis que la partie répondant au col s'étendait jusque sur

le mésentère correspondant. La partie de la tumeur insérée dans l'intestin est bien limitée de ce côté ainsi que du côté de la tumeur jusqu'au mésentère.

L'intestin est tordu d'un demi-tour sur le mésentère.

La lumière est rétrécie, mais on peut cependant passer un crayon; la diminution est due surtout à la traction qu'exerçait le mésentère rétracté.

A l'examen histologique, il s'agit d'un sarcome développé aux dépens de la sous-muqueuse de l'intestin.

11. OBS. DE NICOLAYSEN. Myosarcoma intestini teneris: Exstirpation sed Tarmresektion. Hælbredelse. *Norsk. magaz. for Lægerid.* B. 3. Bd. XV. Christiania, p. 12 (traduit par le professeur LENANDER in BALTZER, *loc. cit.*). — Homme de 28 ans, souffre depuis 6 semaines d'accidents dyspeptiques. Il a remarqué également depuis lors l'apparition d'une tumeur abdominale grosse comme un œuf et mobile. Depuis un mois, il a maigri et son visage a beaucoup pâli.

A l'examen, on trouve dans l'abdomen une tumeur de 12 centimètres de long environ et qui a la forme d'un rein. Cette tumeur est située entre l'ombilic et la symphyse. Sa surface est inégale, de consistance ferme, élastique. Elle n'est pas douloureuse à la palpation et de plus parfaitement mobile. Elle est mate à la percussion.

Laparotomie. — On trouve une tumeur siégeant sur l'intestin grêle et au-dessus de laquelle l'intestin est dilaté sur une étendue de 7 à 8 centimètres. Dans le mésentère correspondant se trouvent deux noyaux de la grosseur d'une noisette.

Après résection de la tumeur et du mésentère correspondant, on pratique l'entérorraphie et l'abdomen est refermé.

Le malade se rétablit bien vite et quitta l'hôpital, guéri, au bout de 24 jours.

A l'examen de la pièce, on trouve une tumeur dont la partie moyenne est arrondie et qui possède deux appendices, l'un gros comme une pomme, l'autre comme un œuf d'oie. L'intestin est envahi par la tumeur dans les deux tiers de son étendue; on reconnaît assez bien les valvules conniventes de la muqueuse intestinale. L'anse grêle, longue de 18 centimètres environ, décrit un trajet en fer à cheval autour de la tumeur, qui occupe par conséquent son bord mésentérique.

A l'examen histologique, il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire qui a débuté dans la paroi de l'intestin. La structure des métastases mésentériques est analogue.

12. OBS. DE KETELI et DOLLINGER. Darmsarkom. Sitzungsbericht der Budapester ärztlichen Vereinis. *Wiener medicinisch Presse*, 1894, p. 4472. — Homme de 27 ans; toujours bien portant jusqu'en 1891; à cette

époque survint de la constipation ; il y a un an et demi, le médecin traitant put constater la présence d'une tumeur dans l'abdomen. Ketli trouva dans le ventre, sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, une tumeur ovoïde, à surface lisse, adhérente à l'intestin ; comme cette tumeur avait beaucoup grossi depuis peu, on fit le diagnostic de *sarcome*. On se basa également pour faire ce diagnostic sur la cachexie relativement très marquée, sans signes fonctionnels importants, point sur lequel Madelung a insisté.

Le 15 février 1894, le docteur Dollinger fit la laparotomie et trouva sur la partie supérieure du jéjunum une tumeur infiltrée de la paroi intestinale. Extirpation de la tumeur ; entérorraphie circulaire. *Gué-rison*.

La tumeur, grosse comme une tête d'enfant, mesure 18 centimètres de long sur 10 centimètres de large ; le néoplasme a infiltré toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin et même la séreuse est perforée par des bourgeons sarcomateux.

Examen histologique. — *Sarcome globo-cellulaire* ayant débuté par la muqueuse.

Depuis quelques jours, avril 1894, le malade, qui est très bien portant, a remarqué un petit nodule dur au-dessous de l'ombilic, à gauche de la cicatrice. Récidive (?).

13. OBS. DE SCHILLER, Darmoperationen an der Heidelberger chirurg. Klinik. *Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1896, Bd. XVII, p. 63. — Homme de 36 ans ; depuis trois ans et demi, le malade se plaint de douleurs dans la région de l'estomac, d'une sensation de pesanteur après le repos, sans vomissements ; les douleurs ont augmenté depuis quelque temps. Depuis un mois, le médecin traitant a constaté l'existence d'une tumeur abdominale. Le 25 mai 1896, malade anémique, très amaigri, avec léger œdème des malléoles. L'abdomen est un peu météorisé à sa partie moyenne et inférieure. Nulle part il n'est douloureux. La rate est de volume normal ; à gauche de l'ombilic on sent une tumeur irrégulièrement cylindrique, grosse comme une tête d'enfant ; la tumeur est peu sensible à la pression ; elle est mate à la percussion et légèrement mobile. Elle ne tient pas à l'estomac ; par l'insufflation du côlon la tumeur est refoulée en bas et à gauche. Examen du sang : 4.500.000 globules rouges ; 1.300 de leucocytes. Les selles sont normales.

Diagnostic clinique. — Tumeur abdominale maligne de l'épiploon (?) ou du côlon (?).

Opération le 2 juin 1896. — Incision médiane ; on trouve une tumeur qui occupe la partie moyenne de l'intestin grêle ; elle se compose d'une série de tumeurs gris rosé variant de la grosseur d'un baricot à celle d'un œuf de poule ; ces tumeurs semblent développées sur les plaques de Peyer de l'intestin grêle, dont elles rétrécissent par endroit la lumière. Ces tumeurs s'étendent sur un segment d'intestin grêle long de 80 centimètres. A la

partie inférieure de ce segment intestinal on trouve une *invagination intestinale récurrente*. Tous les ganglions mésentériques sont infiltrés très loin dans le mésentère. On se décide à faire seulement l'*entéro-anastomose* avec le bouton de Murphy n° 5; on fait l'anastomose entre le bout d'intestin grêle sus-structural et le bout d'intestin grêle sous-jacent à l'invagination.

Guérisson opératoire. — Le malade se lève le 21 juin : il a de l'appétit; léger météorisme 4 mois après l'opération : continuation de l'augmentation des tumeurs; cystite très douloureuse. Etat général mauvais.

Diagnostic anatomique. — *Lymphosarcomes multiples de l'intestin grêle.*

44. OBS. de BRAULT, Sarcome primitif de l'intestin grêle. *Archives générales de médecine*, 1895, t. II, p. 25 (Résumée). — M. R. B..., tirailleur algérien, 23 ans, bonne santé habituelle, aucun antécédent héréditaire.

Début des accidents en novembre 1893, amaigrissement léger, diminution des forces, coliques intermittentes.

Dans les mois qui suivent, le malade peut encore faire son service, mais avec peine. Au printemps de 1894, le malade s'aperçoit qu'il a une tumeur dans le ventre; il entre à l'hôpital et y séjourne 1 mois et demi. Perte des forces, amaigrissement très notable. Appétit nul, coliques plus fortes et plus fréquentes. La tumeur est devenue très appréciable, il y a quelquefois des nausées et des vomissements alimentaires et bilieux, il y a un peu de fièvre. Le ventre est gros, douloureux; les selles sont à peu près régulières, il n'y a pas d'ascite; mictions normales.

Le palper permet de reconnaître deux tumeurs : l'une du volume d'une tête de fœtus à terme, dans le flanc et la fosse iliaque gauche; l'autre, plus petite, occupe la partie inférieure du mésogastre et la région hypogastrique. De consistance ferme et assez facile à délimiter, elles paraissent reliées par une large bride. Mobilité assez grande des tumeurs, sonorité partout à la surface; on émet les diagnostics suivants : kyste hydatique, ou adénopathies mésentériques tuberculeuses.

Laparotomie 1^{re} juillet 1894. — L'incision sous-ombilicale mène directement sur la plus petite des tumeurs : elle semble siéger dans le mésentère, et deux anses grêles aplaties lui adhèrent sur une étendue de 40 centimètres. La tumeur du flanc gauche est palpée; elle adhère à toutes les anses grêles voisines. Le ventre est refermé.

Guérisson en 8 jours. Le malade est remonté; l'appétit revient, et les vomissements cessent.

Au bout de quelques semaines, la scène change; les tumeurs ont grossi, les douleurs sont redevenues vives, et la cachexie s'accroît. Le malade meurt dans le collapsus le 2 octobre 1894, environ 1 an après le début de son affection, 3 mois après l'opération.

L'autopsie permet de constater que les deux tumeurs siègent sur l'intestin grêle : la plus grosse au début de l'iléon, la seconde vers la fin de cet

intestin. La grosse tumeur mesure 20 centimètres de haut sur 18 de large : son poid est de 1 kilogramme. La seconde mesure 16 centimètres de hauteur sur 15 de largeur : poids, 700 grammes ; sur l'une comme sur l'autre on trouve un bout afférent et un bout efférent qui desserrent ces poches, véritables « estomacs intestinaux » dont les parois, très fortes, mesurent 2 centimètres d'épaisseur. La face interne des tumeurs est tomenteuse, comme dépolie, mais non ulcérée. En aucun point, il n'y a de rétrécissement du calibre de l'intestin. Sur le reste de l'iléon, on rencontre encore deux noyaux blanchâtres : l'un de la forme d'une fève, l'autre de celle d'un haricot.

Quelques ganglions mésentériques sont appréciables : pas de généralisations viscérales.

Il s'agit, au point de vue histologique, de *sarcome globo-cellulaire du type le plus pur*. L'étude des deux petits nodules siégeant sur l'iléon, montre avec netteté que le *néoplasme débute par la sous-muqueuse*.

15. OBS. DE MAC BURNEY, *Successful remotion of small intestine for sarcoma with intus susception. Annals of Surgery*, 1896, t. XXIII, p. 441. — Femme de 40 ans ; reçue à l'hôpital le 28 novembre 1895.

Le 6 septembre 1895, la malade ressentit une douleur vive dans l'abdomen. La douleur était localisée dans la partie inférieure de l'abdomen, plutôt à gauche. Depuis lors, les attaques de colique se sont répétées tous les jours qui ont précédé l'entrée de la malade à l'hôpital.

Pas de vomissements. Il n'y avait pas de constipation, mais par moments du météorisme. Au toucher vaginal on sentait une tumeur dure, volumineuse qui occupait la moitié gauche du pelvis. Il y avait également un peu de ténisme vésical. Au moment de l'admission, la température était de 99°,4 F. ; pouls, 102.

Opération le 4 décembre. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On vit alors que la tumeur siégeait sur l'intestin grêle et avait déterminé une invagination.

On fit la résection d'un segment d'intestin grêle mesurant 21 centimètres ; entérorraphie circulaire au bouton de Murphy. Guérison.

La tumeur partait de la sous-muqueuse de l'intestin grêle ; elle était pédiculée et du volume d'une orange ; l'examen histologique **montra** qu'il s'agissait de *myxo-sarcome*.

16. OBS. DE WILLY MEYER, *Annals of Surgery*, 1896, t. XXIII, p. 443. — Femme de 46 ans ; reçue à l'hôpital pendant l'été de 1894, avec des symptômes d'appendicite subaiguë ; douleur dans la région iliaque depuis 10 jours, avec un peu de fièvre. Le 5^e jour après son admission, il y eut des phénomènes d'occlusion intestinale. On l'opéra immédiatement, et Willy-Meyer trouva une invagination sur la fin de l'iléon, à quelque distance au-dessus de la valvule iléo-cæcale ; on put amener au dehors

la tumeur intestinale et réduire l'invagination. Au-dessus de cette première invagination on trouva une seconde invagination, qui fut également réduite; on sentit alors à l'intérieur de l'intestin une tumeur; on fit la résection de l'aine malade; entérorraphie circulaire avec le bouton de Murphy. *Guérison.*

Pas de récédive (en janvier 1896).

Histologiquement, sarcome de l'intestin grêle.

17. OBS. DE MERMET, Sarcome primitif de l'intestin grêle. (*Bulletins Soc. anat. de Paris*, 1896, p. 828. — P. V..., femme de 32 ans; entrée le 16 mai 1896 dans le service du docteur Schwartz, pour une tumeur abdominale.

Femme cachectique, maigre, à teint jaunâtre, dont les antécédents n'ont rien de bien saillant. Régliée à 13 ans; il y a 8 ans, elle eut une couche à la suite de laquelle apparurent des accidents d'infection puerpérale.

Un an après, elle fut prise, à l'occasion d'une chute de voiture, de diarrhée avec colique; la diarrhée était séreuse. Cette crise diarrhéique dura plusieurs jours; il y eut ensuite reprise des douleurs, surtout marquées dans la fosse iliaque gauche et de la diarrhée.

En janvier 1896, réapparition des mêmes phénomènes qu'il y a 8 ans; même diarrhée séreuse durant 8 ou 10 jours, pour cesser et reprendre; mêmes douleurs avec coliques accompagnant la diarrhée. Sur ces entrefaites, apparaissent d'autres symptômes: un ballonnement de la moitié sous-ombilicale de l'abdomen, un empatement de la fosse iliaque gauche. Comme la malade maigrissait et se cachectisait, elle entra à l'hôpital (mai 1896).

À l'inspection du ventre, on note un ballonnement intermittent; la percussion montre du tympanisme dans la région épigastrique et les flancs; il n'y a pas d'ascite, mais une zone de matité à contours mal limités des dimensions d'une paume de main, siégeant dans la région sous-ombilicale à son union avec le flanc gauche et la région iliaque du même côté. En ce point, la palpation dénote une tumeur abdominale assez superficielle, irrégulière, du volume d'une tête de fœtus à terme, à surface inégale, bosselée, de consistance molle, légèrement douloureuse à l'exploration, se continuant en haut dans la région mésentérique par une zone de résistance particulière. Le toucher vaginal montre un utérus abaissé, fixé par cette masse que le doigt arrivait à sentir dans le cul-de-sac latéral gauche. On fit alors le diagnostic de *pyosalpinx gauche adhérent à l'intestin*.

Opération, 3 juin 1896. — Laparotomie médiane sous-ombilicale: on tombe sur une masse intestinale formant paquet et recouverte par l'épiploon. Celui-ci ayant été récliné après libération de quelques adhérences, l'intestin grêle se présente au point précité avec les caractères suivants.

Les anses grêles sont, à ce niveau, absolument soudées les unes aux autres par des exsudats blanc jaunâtre, mollasses. La surface des anses intestinales est de couleur blanc ciréux ; en outre, celles-ci sont bouclées et augmentées de volume. Le diagnostic de *tumeur de l'intestin grêle* s'imposait donc ; on vit alors que la tumeur siégeait très haut sur l'intestin grêle, à environ un mètre de l'angle duodéno-jéjunal. La résection seule était possible, à moins de refermer l'abdomen. La première anse que l'on essaya de libérer se rompit ; après des difficultés considérables, on parvint à isoler une portion d'intestin grêle, longue de 20 centimètres environ, qui était le siège des tumeurs. Le mésentère correspondant fut réséqué ; il contenait des ganglions de la grosseur d'un œuf de pigeon et d'un petit œuf de poule.

Entérorraphie circulaire avec bouton de Murphy.

Mort le lendemain matin de choc ; l'autopsie fut refusée.

Examen de la pièce. — La lésion intestinale siège sur l'intestin grêle ; elle commence à environ un mètre de l'angle duodéno-jéjunal et se continue sur une longueur d'environ 20 centimètres. Les limites supérieures et inférieures de la lésion sont brusques ; vue par sa face externe, l'anse intestinale est altérée dans toute son épaisseur et sur toute sa circonférence, son calibre est très augmenté ; il atteint celui du côlon transverse. Elle offre une coloration blanc jaunâtre, uniforme et on n'y distingue plus aucune trace des fibres musculaires visibles sur l'intestin grêle sain et distendu. Une section de l'anse altérée montre que le calibre de l'intestin est sensiblement augmenté, il admet très facilement deux doigts. La section de la paroi montre que l'infiltration néoplasique s'étend à toutes les tuniques ; le maximum d'épaisseur est de 2 centimètres et demi, l'épaisseur moyenne d'un centimètre. La surface de la muqueuse présente quelques particularités. Dans une grande étendue de l'infiltration néoplasique, elle ne paraît pas détruite ; on note seulement un dépoli épithélial, surtout au sommet des valvules conniventes. Les unes sont infiltrées, très épaissies, atteignant 1 centimètre d'épaisseur ; les autres sont aplaties, disparaissant à la surface du néoplasme, dont la surface est alors lisse et uniforme. Les villosités intestinales sont à peu près détruites à la surface de ces valvules, d'où l'exulcération de la surface interne de l'intestin. Dans le mésentère, au niveau de l'anse réséquée, on trouve d'énormes ganglions du volume d'un petit œuf de poule ; ceux-ci s'infiltraient presque jusqu'à la colonne vertébrale.

Examen histologique. — *Sarcome globo-cellulaire* (sans réticulum).

18, 19. OBS. DE O. ENGSTROM, Till Kannedom af sarkomen i tunnntarmen. *Finska Läkarsällskapets Handlingar, Helsingfors, 1897, Bd. XXXVII, p. 906.* — I. — Femme, 35 ans, mariée, a toujours été très bien portante, avec seulement quelques troubles dyspeptiques de temps à autre. Après un accouchement, elle a souffert de rétroflexion utérine. Cinq mois avant

l'opération, elle a remarqué une tumeur de la grosseur du poing, mobile dans le ventre.

En arrière de l'utérus, près de la corne droite, se trouvait une tumeur bosselée, irrégulière, du volume des deux poings environ, située au niveau du détroit supérieur; la tumeur semble de consistance molle et friable; elle est un peu mobile dans tous les sens. Pas d'amaigrissement notable, mais seulement quelques douleurs au niveau de la tumeur.

Laparotomie. — On trouve du sang coagulé à l'intérieur de la cavité abdominale, il y a une tumeur très vasculaire, adhérente à l'épiploon, et insérée sur une anse d'intestin grêle. On ne trouve pas de métastases dans le mésentère. Résection de la tumeur et du segment intestinal sur lequel elle s'insère.

Entérorraphie circulaire. — Fermeture de la paroi. Guérison. Récidive au bout d'un an sous forme d'une tumeur sous-ombilicale.

Au point de vue histologique, il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire, développé aux dépens de la sous-muqueuse de l'intestin grêle.

II. — Femme de 46 ans. La malade a toujours été bien portante et ne présente aucun antécédent héréditaire intéressant. Elle a eu quelques crises de dyspepsie, mais son intestin a toujours fonctionné régulièrement. Depuis deux mois, elle s'est aperçue de la présence d'une tumeur grosse comme un œuf de poule, mobile dans le ventre et placée au-dessous et à gauche de l'ombilic. Depuis quelques jours il existe de la constipation, mais la malade n'est pas amaigrie; elle a conservé des forces et son appétit.

Laparotomie. — On trouve une tumeur qui est insérée par les trois quarts de son étendue sur une anse d'intestin grêle. On ne trouve pas de noyaux métastatiques dans le mésentère. La tumeur est enlevée ainsi que l'intestin grêle correspondant. Enterorraphie circulaire. Guérison rapide.

La malade, revue cinq mois après, se trouve très bien portante; pas trace de récurrence.

A l'examen histologique, il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire qui a pris son point de départ dans la sous-muqueuse.

20. OBS. DE BABÈS ET NANU, Ein Fall von Myosarkom des Dünndarms. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1897, n° 7, p. 138. — Homme de 30 ans, reçu le 14 août 1895 à l'hôpital Philantropia. Pas d'antécédents héréditaires notables. Pas d'alcoolisme; pas de syphilis; paludisme. Il y a 4 mois et demi, le malade eut un grand frisson, accompagné de malaise général et d'anorexie. Deux jours après, il ressentit des douleurs dans le flanc gauche qui s'irradiaient dans tout l'abdomen et les membres inférieurs. Plusieurs jours après, le malade fit de vains efforts pour aller à la selle. Depuis lors, la constipation est presque la règle et le malade est obligé d'user de purgatifs. Il put cependant continuer ses occupations pendant

15 jours ; au bout de ce temps, les douleurs devinrent plus fortes et à la constipation fit place une légère diarrhée. Comme les douleurs devenaient de plus en plus intolérables, le malade se décida à entrer à l'hôpital. Il fut reçu en médecine et passé bientôt en chirurgie avec le diagnostic : tumeur abdominale.

Etat actuel. — Homme de taille moyenne, très amaigri. Les téguments sont pâles, les conjonctives subictériques ; la température est de 37°,8 ; la langue est sèche. Le malade se plaint de douleurs dans la partie gauche du ventre, douleurs qu'augmente la pression. A la palpation, on sent une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf de poule, mobile et douloureuse à la pression. Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume. Le malade a tous les jours 4 à 5 selles liquides, non sanglantes. Pas de toux. Les autres viscères paraissent normaux. Deux jours après son entrée, le malade a deux vomissements ; on lui donne de la potion de Rivière coïnée. Comme les douleurs et l'état de faiblesse persistent, on décide de pratiquer une laparotomie exploratrice.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale ; on trouve une tumeur grosse comme les deux poings siégeant sur une anse d'intestin grêle et très lâchement adhérente à une anse voisine ; on détache l'adhérence et la tumeur, devenue mobile, est facilement attirée en dehors ; on extirpe la tumeur et le mésentère correspondant ; on pratique ensuite l'hémostose du mésentère et l'entérorraphie circulaire. Réunion de la paroi. La guérison se fit sans encombre et le malade sortit de l'hôpital guéri, 3 semaines après l'opération. (Le malade fut revu guéri un an après l'opération.)

L'examen histologique de la pièce (docteur Babès) montra qu'il s'agissait d'un sarcome de l'intestin grêle ; en certains points où le néoplasme est aux premiers stades de son évolution, on voit que le point de départ de la tumeur se trouve dans la musculature lisse de l'intestin. On aperçoit les fibres musculaires lisses en prolifération évidente, avec nombreuses caryocinèses ; on les voit se transformer en cellules néoplasiques qui revêtent l'aspect du sarcome embryonnaire. Babès propose d'appeler cette tumeur, très rare, *myo-sarcomé* (?).

21. OBS. DE VITRAC ET LAUBIE. Sarcome de l'intestin ; résection ; guérison. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 24 octobre 1897, n° 43, p. 495. — Femme adulte mariée, entrée le 21 avril 1897 dans le service du docteur Lannelongue.

Toujours bien portante jusqu'au mois de mars 1897.

A ce moment (5 mars), elle ressentit une douleur brusque dans le ventre. Son médecin consulté trouva une tumeur dans la moitié gauche de l'hypogastre et l'envoya à l'hôpital.

La douleur survenait par crises lancinantes, s'irradiant dans les cuisses. Le malade a eu deux ou trois vomissements alimentaires survenant aus-

sitôt après les repas. Pas d'hématémèse, ni de mélaena. Etat général reste bon, malgré une perte de forces assez marquée. Constipation légère.

A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus, occupant la fosse iliaque gauche, tumeur mobile paraissant fluctuante et mate à la percussion.

Le toucher vaginal ne révèle rien de spécial.

On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Le 28 avril 1897, M. Lannelongue pratique la *laparotomie*. On trouve une tumeur pédiculée du volume d'une tête de fœtus. Le pédicule, large de 1 centimètre, s'implantait sur le bord libre de l'intestin grêle, dont le calibre n'était pas diminué. Après section du pédicule, on fait une *entérorraphie circulaire* sur les deux bouts de l'intestin, dont on avait enlevé 7 à 8 centimètres. Guérison rapide.

L'examen de la tumeur par le professeur Coyne a montré qu'il s'agissait d'un *sarcome* de l'intestin.

22. OBS. DE HEINZE, *Ueber primäre Dünndarmsarcome*. Thèse de Greifswald, 1897. — Homme de 42 ans, marié; sa femme et ses enfants sont bien portants. Il n'a jamais été sérieusement malade. En mai 1896, le malade commence à souffrir de l'estomac; sensation de pesanteur après les repas. Il entre le 17 juillet à la clinique médicale de Greifswald.

Le malade, vigoureux, n'est pas amaigri; sa température axillaire est de 36°,5. Cœur normal; pouls, 86. Poumons normaux à l'auscultation et à la percussion. L'appétit est bon; à la palpation de l'abdomen on ne sent rien d'anormal. Foie et rate de dimensions normales. Analyse du suc gastrique: hypoacidité (0,22) et pas d'acide lactique. Urines normales; pas de sueur ni d'albumine. On pense à une *gastrite chronique*. Le 27 juillet, le malade sort sur sa demande.

Il revient le 30 octobre 1896 à la clinique chirurgicale. Le malade raconte que depuis sa sortie de l'hôpital il a été très bien jusqu'à il y a 6 semaines. A ce moment apparurent des douleurs dans l'hypochondre gauche. Il y eut un vomissement à cette époque; les selles sont régulières, mais il y a quelquefois un peu de météorisme abdominal.

A ce moment (31 octobre) dans l'hypochondre gauche, un peu au-dessous de l'estomac, on sent une tumeur arrondie, grossièrement lobulée, assez dure, plus grosse que le poing, mobile transversalement et de bas en haut; la tumeur se prolonge de gauche à droite et de bas en haut jusque sur le foie. La paroi est mobile sur la tumeur. A la pression la tumeur est douloureuse, à la percussion il y a de la submatité au niveau de la tumeur. Par l'insufflation du côlon, on voit que la tumeur est plus facile à délimiter et en même temps cette insufflation provoque quelques douleurs au niveau de la tumeur.

On pense à un carcinome du côlon descendant près de l'angle splénique.

Le 3 novembre 1896, *opération* (professeur Helferich). — Laparotomie sur le bord externe du grand droit gauche; on aperçoit la tumeur grosse comme les deux poings, recouverte d'épiploon adhérent. On peut facilement extérioriser la tumeur; on résèque l'épiploon adhérent. On voit alors que le néoplasme siège sur l'intestin grêle. La tumeur adhère légèrement au colon descendant, qui en est facilement libéré. Résection de la tumeur; à cause de la présence de ganglions qui s'infiltrent loin dans le mésentère, on est obligé de réséquer celui-ci en coin presque jusqu'à sa racine. On coupe en haut le jéjunum presque au ras de l'angle duodéno-jéjunal; en bas on résèque environ 60 centimètres de jéjunum au-dessous de la tumeur, car on voit, sur la muqueuse de l'intestin qui paraissait sain, de petits polypes. (En tout la résection intestinale comprend 1 m. 40 de jéjunum). *Entérorraphie circulaire.*

Guérison par première intention.

Examen de la tumeur. — La tumeur siège sur le jéjunum, à 5 centimètres au-dessous du niveau de la section supérieure. La tumeur a le volume de deux poings; elle est irrégulièrement bosselée et de consistance dure. Au niveau de la tumeur on peut très facilement passer deux doigts, le segment intestinal sus-jacent à la tumeur est à peine dilaté.

Sur la face interne de la tumeur on voit quelques ulcérations superficielles. La paroi intestinale est toute entière infiltrée par le néoplasme, qui a une épaisseur de 1 à 2 centimètres. Sur la muqueuse du segment intestinal sous-jacent à la tumeur, on trouve une série de petits nodules sous-muqueux de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille; quelques-uns de ces nodules sont polypiformes.

Examen histologique. — *Sarcome globo-cellulaire.*

23. OBS. DE TSCHERNIAKOWSKI, *Sarcomes primitifs de l'intestin grêle.* *Khirurgia*, Moscou, 1898, Bd. IV, p. 583. — X., 24 ans, artilleur; il se plaint de douleurs abdominales, de faiblesse générale et d'anorexie; constipation légère. Le malade ne souffre que depuis 4 mois; à ce moment, ou un peu avant apparut une tumeur abdominale, avec amaigrissement notable. Malade pâle, affaibli; œdème léger des membres inférieurs. Les ganglions lymphatiques superficiels ne sont pas augmentés de volume. Lorsque le malade se tient debout, on remarque une légère tuméfaction de l'hypochondre gauche; dans le décubitus dorsal, les jambes étant fléchies, on peut palper une tumeur grosse comme les deux poings, ovoïde; la tumeur n'est pas douloureuse et ne suit pas les mouvements respiratoires. En palpant la tumeur, on peut quelquefois provoquer des bruits de gargouillement. À la percussion, on trouve un son légèrement tympanique; tout autour sonorité intestinale normale. Au toucher rectal, on sent difficilement la partie inférieure de la tumeur et par la palpation combinée, il semble que la tumeur puisse être légèrement déplacée de haut en bas. Néanmoins, la mobilité de la tumeur est limitée. Le foie et

la rate, ainsi que le cœur semblent normaux. Bronchite diffuse légère. Pas d'albumine dans les urines.

Constipation opiniâtre ; matières dures, de couleur normale ; pouls, 75 ; température normale.

Opération. — Incision parallèle à l'arcade de Fallope et à quatre travers de doigt au-dessus d'elle. On trouve dans le péritoine une tumeur à laquelle adhère une anse d'intestin grêle ; la tumeur est dure, irrégulièrement ovoïde, très adhérente ; elle descend dans le petit bassin. On juge la tumeur absolument inopérable. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires normales. Mort 12 jours après d'œdème pulmonaire. A l'autopsie, le ventre est distendu. Sutures normales. Dans la plèvre gauche, 2 litres de pus. Infarctus pulmonaires dans le poumon droit. Pas de liquide dans la cavité abdominale.

L'intestin grêle est adhérent aux parois de l'abdomen ; l'épiploon adhère à la plaie. La rate pèse 900 grammes. Le rein gauche pèse 300 grammes ; Le rein droit de même. L'estomac est normal ; à la partie supérieure de la fosse iliaque gauche, il existe une tumeur adhérente à la paroi abdominale ; cette tumeur ovoïde, irrégulière, de surface mamelonnée, descend en bas dans le petit bassin et adhère à la vessie. On voit, une fois la tumeur enlevée, qu'une anse intestinale y pénètre en haut et qu'une autre en ressort, intacte, à sa partie inférieure et se dirige ensuite vers le cæcum. La longueur de la tumeur est de 14 centimètres et sa largeur 8 à 9 centimètres. A la coupe, on voit que ce néoplasme est creusé d'une cavité irrégulière, ulcérée, qui se continue avec les anses intestinales afférente et efférente. On dirait qu'il y a une sorte de dilatation anévrysmale sur l'intestin grêle d'ailleurs normal. L'épaisseur de la paroi intestinale est épaisse de 1 à 2 centimètres ; sa couleur est blanchâtre, de consistance dure. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume.

Histologiquement, il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire de la paroi de l'intestin grêle ; la muqueuse de l'intestin est nécrosée presque partout, sauf en certains points où on peut la reconnaître.]

24. OBS. DE PETROW, *Liatop. Russk. Chirurg.* Saint-Petersbourg, Bd. III, p. 140 (cité par TCHERNIAKOWSKI, *loc. cit.*). — Homme de 34 ans ; le malade a eu la fièvre typhoïde, une pneumonie franche et depuis souffre d'une affection pulmonaire chronique.

Depuis 3 mois et demi, le malade souffre d'une constipation opiniâtre qui ne cède qu'aux lavements. Il y a 1 mois, des douleurs abdominales ont apparu ; celles-ci sont continuées, mais elles augmentent d'intensité 12 ou 15 minutes après les repas et s'accompagnent de vomissements alimentaires. Les selles sont de couleur et d'aspect normal.

On sent dans l'hypogastre gauche une tumeur, du volume d'une tête d'enfant, de forme sphérique, solide, mobile, indolente : à la percussion, on entend un son mat au niveau de la tumeur ; les ganglions inguinaux et cervicaux sont augmentés de volume.

Laparotomie exploratrice. — On trouve une tumeur intestinale inopérable. Mort 16 jours après l'opération de péritonite suppurée.

Autopsie. — Dans le mésentère on trouve une tumeur de 17 centimètres de long et de 13 centimètres de large, qui est particulièrement développée au niveau de l'angle duodéno-jéjunal; cette tumeur retient le calibre de l'intestin au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. Le péritoine contient une certaine quantité de liquide grisâtre, d'odeur fétide; la surface du péritoine est recouverte par endroits de placards nécrosés; la vessie est comprimée.

A l'examen histologique, il s'agit de lympho-sarcome de l'intestin et des ganglions mésentériques.

25. OBS. DE STEINER (résumée), Myoma sarcomatosum jejuni. *Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1898, Bd. XXII, heft 4, p. 1. — Femme de 57 ans, reçue à la clinique du professeur Wölfler à Graz, le 28 mai 1894. Il y a deux ans la malade commença à éprouver des douleurs abdominales vives qui survenaient par accès. Depuis cinq mois, ces coliques apparaissent le matin au réveil, durent environ 10 minutes; elles se reproduisent parfois deux ou trois fois dans la journée, après une émotion, pendant la digestion ou la défécation. Depuis quatre mois, la malade s'est aperçue qu'elle avait dans le ventre une tumeur, qui a grossi peu à peu.

L'abdomen est distendu à sa partie inférieure (88 centimètres, de périmètre à ce niveau, contre 72 au niveau de la taille). On sent une tumeur du volume d'une tête d'adulte, à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic; elle descend jusqu'à la symphyse; on ne peut la délimiter du côté du petit bassin à cause de la tension de la paroi abdominale. La surface de la tumeur est bosselée, sa consistance est dure. Il existe de la mobilité dans tous les sens, et la tumeur est indépendante de la paroi abdominale.

Au toucher vaginal, utérus normal, mobile, indépendant de la tumeur. Teneur du sang en hémoglobine (Fleische) = 60.

Le 2 juin 1894, opération (professeur Wölfler). Incision médiane de l'ombilic à la symphyse. La tumeur, à grosses bosselures, apparaît recouverte par l'épiploon et le colon transverse; l'intestin grêle adhère à la tumeur et semble même s'y perdre. Il existe de différents côtés des adhérences, fortement vasculaires, qui sont détachées et ligaturées du côté du méso-colon transverse; on n'ose pousser très loin le décollement, à cause du danger des blessures des vaisseaux. On décide alors de réséquer la tumeur et l'intestin grêle qui lui adhère: le segment d'intestin réséqué mesure 17 centimètres. On fait alors la fermeture des deux bouts et l'entéro-anastomose latérale. Durée de l'opération: 2 heures et demie. Guérison.

La malade sort le 3 juillet 1894.

Revue en avril 1895, récurrence sous forme d'une tumeur dure, qui occupait sensiblement le trajet du colon transverse. Il y a de l'ascite. La malade refuse une nouvelle intervention. Perdue de vue.

La tumeur extirpée a une longueur de 24 centimètres et une largeur de 22 centimètres; elle pèse 7 kilogrammes. Sa surface est très bosselée, formant de grosses saillies séparées par des sillons. Dans un de ces sillons se trouve logée une anse d'intestin grêle, qui adhère intimement à la tumeur; celle-ci s'est développée dans le faisceau du mésentère de cette anse grêle. A la coupe on voit que la tumeur prend son point de départ dans la paroi même de l'intestin grêle; celui-ci est au niveau de l'implantation de la tumeur lisse, sans villosités ni valvules conniventes. La lumière intestinale est fortement rétrécie par la tumeur qui l'enserme. Il n'existe pas d'ulcération au point où la tumeur naît de la muqueuse intestinale.

Examen histologique. — Il s'agit d'un myome de la paroi intestinale dégénéré en sarcome à sa périphérie (*myoma sarcomatosum*).

26. OBS. de QUENSEL, Beitrage zur Kenntniss der angeborenen Darmgeschwülsten. *Nordiskt Medicin Archiv*, 1898, n° 50, p. 4. — A. H... femme de 62 ans. Reçue à l'hôpital le 22 avril 1898. Le 17 avril, la nuit, elle fut prise de vomissements et de douleurs abdominales. Trois jours après, les vomissements qui persistaient devinrent fécaloïdes; pendant tout le temps qui s'écoula entre le début de la maladie et l'entrée à l'hôpital, pas de selles, ni de gaz rendus par l'anus. A l'entrée à l'hôpital, on constate que le ventre est un peu ballonné; au toucher vaginal combiné à la palpation abdominale, on sent à gauche dans le petit bassin une tumeur dure grosse comme une petite pomme; on pense à un kyste de l'ovaire. Le 23 août 1898, le soir, *laparotomie*: l'intestin grêle est dilaté, très hyperémié; on trouve dans le petit bassin à gauche la tumeur que l'on avait sentie au toucher vaginal; on essaye de l'énucléer, mais elle est adhérente. On ne peut la libérer qu'avec une certaine difficulté. Cette tumeur adhère solidement à l'intestin grêle; des deux côtés de la tumeur l'intestin est tordu sur son axe; l'anse afférente est distendue, l'efférente aplatie. Pas d'ascite, pas de métastases ganglionnaires; on fait une *résection intestinale* qui comprend environ 30 centimètres d'intestin grêle. *Entérorraphie circulaire*.

Après l'opération, l'état général devient de plus en plus mauvais. *Mort* le 25 avril le matin.

Autopsie. — Péritonite généralisée au début; insuffisance de la suture intestinale au niveau de l'insertion du mésentère. Le point de l'anastomose intestinale est à 40 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin. Pas de lésions des autres organes abdominaux. Petit fibrome utérin. **Cœur et poumons normaux.**

Examen de la pièce. — La pièce se compose d'un segment d'intestin grêle de 27 centimètres, avec une tumeur qui siège à la partie moyenne. Cette tumeur siège sur le bord libre de l'intestin; elle est intimement adhérente à la paroi intestinale. Le calibre de l'intestin est un peu rétréci

par la tumeur, mais cependant perméable. La tumeur est composée de deux parties : l'une sous-jacente à la muqueuse, qui est aplatie à sa surface, est solide, de couleur blanchâtre, d'une largeur de 5 centimètres, sur 2 cm. 7 à 3 cm. 2 de hauteur, cette partie solide de la tumeur refoule en dehors la musculature de l'intestin que l'on retrouve au-dessus d'elle. La seconde partie de la tumeur est un kyste uniloculaire, arrondi, rempli d'un liquide sanguinolent. Le kyste a de 5 à 6 centimètres de diamètre ; l'épaisseur de sa paroi n'est que de 3 millimètres environ. Le revêtement séreux péritonéal de l'intestin recouvre la face externe du kyste.

Examen histologique. — La partie solide de la tumeur est un *sarcome fuso-cellulaire* ; le kyste est formé d'une paroi conjonctive ; à sa face interne on ne trouve pas d'épithélium, mais plusieurs assises de fibrine avec des globules rouges et blancs. (Quensel croit qu'il s'agit d'une entérokystome congénital, avec une tumeur sarcomateuse surajoutée secondairement.)

27. OBS. DE MARWEDEL, Jahresbericht der Heidelberger chirurg. Klinik. für 1897, *Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1899, Bd. XXIV, p. 104. — Femme de 43 ans (n° 249 de la clinique). Il y a 7 ans, appendicite. Depuis un an, constipation rebelle et douleurs dans le ventre, malade anémique. L'examen du ventre par le toucher vaginal et la palpation combinées montre que l'utérus est augmenté de volume ; à gauche et à droite de lui, on trouve deux masses dures, qui sont considérées comme des fibromes. Au-dessus de l'utérus, s'étendant jusqu'à l'ombilic, il existe une tumeur dure, bosselée, que l'on prend pour un kyste ovarique adhérent.

Laparotomie le 21 janvier 1894. — *Myosarcome du jéjunum* ayant envahi le mésentère et les ganglions mésentériques ; l'ovaire droit est kystique. On enlève 12 centimètres d'intestin grêle avec la tumeur qui s'y est développée. Entérorraphie circulaire avec le bouton de Murphy. Extirpation de l'ovaire droit et de l'appendice. Suture de la paroi ; durée, 2 heures et demie.

Morte de shock 5 heures après.

28, 29, 30. OBS. DE WESTERMARK, Om primärt Sarkom i Tunntarmen. *Nordiskt medicinskt Arkiv.*, 1899 ; *Stockholm*, Bd X, n° 26, p. 1. — 1. — Homme de 52 ans. Pas d'antécédents héréditaires de néoplasme. Le malade a toujours eu une bonne santé jusqu'à il y a 2 ans. A ce moment il eut l'influenza ; depuis, il ne s'est jamais senti tout à fait bien portant. Depuis plusieurs années, il souffre de constipation et de météorisme. 3 mois, il a des envies fréquentes d'uriner, et les mictions sont douloureuses ; en même temps est survenue de la sensibilité dans le bas-ventre, à gauche de la ligne médiane. La douleur change de place et se reporte plus haut, avec sensation de colique au creux épigastrique. Le ténésme urinaire continuait et l'urine coulait goutte à goutte. Un médecin remar-

qua alors l'existence d'une tumeur dans le ventre et lui conseilla d'aller à l'hôpital. Depuis ces derniers mois le malade a beaucoup maigri.

Le 29 août 1894, le malade est amaigri, cachectique ; le teint est jaune ; le cœur et les poumons sont sains. Pas de fièvre. Pouls, 64. Urines olivâtres, acides, sans albumine.

A l'inspection, le ventre ne présente rien d'anormal ; la percussion ne montre rien de particulier. A la palpation superficielle, il n'y a pas de résistance. A la palpation plus profonde on sent, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic, une partie grosse comme une pomme, de consistance ferme.

La tumeur est très peu sensible à la pression, sa surface est inégale ; elle est mobile, surtout en haut. Le toucher rectal est négatif.

Le repas d'épreuve d'Ewald montre que le suc gastrique contient acide chlorhydrique libre et pepsine.

Opération le 30 août 1894. — Incision de 15 centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope gauche et sur le milieu de celle-ci incision de 6 centimètres vers l'ombilic. On trouve une tumeur du volume du poing, qui siège sur une anse grêle et adhère à la paroi abdominale et à la vessie. On libère la tumeur, puis on résèque 30 centimètres d'intestin grêle. Entérorraphie circulaire. Fermeture de la paroi.

Mort le 5 septembre 1894, urémie (péritonite).

Le segment d'intestin enlevé mesure 30 centimètres, l'intestin est replié sur lui-même, et les deux segments sont accolés en canon de fusil. L'anse afférente est encerclée par une tumeur sur une largeur de 5 centimètres et une épaisseur de 2 centimètres. La lumière de l'intestin sus-jacente à la tumeur est très élargie et sa paroi est amincie ; la partie correspondant à l'insertion de la tumeur a le diamètre de l'intestin normal. L'accollement des 2 anses s'est fait au niveau de la portion sous-péritonéale de la tumeur.

Examen histologique. — *Sarcoma alveolare intestini tenuis (sarcome globo-cellulaire).*

Obs. II (BERG) *ibid.* — Homme de 48 ans. Entré le 8 mai 1897. Depuis quelques mois, le malade a remarqué qu'il avait une tumeur dans le ventre qui avait atteint progressivement le volume d'une tête d'enfant, il n'y avait pas eu de douleurs ni de signes fonctionnels ; mais il avait maigri et pâli. Rien d'anormal aux autres organes. Dans la région hypogastrique on sent une tumeur ferme et très mobile dont l'axe longitudinal est placé transversalement dans le ventre ; la tumeur est matée à la percussion, le reste du ventre est sonore.

On fait le diagnostic probable de sarcome de l'intestin. Le 5 mai 1897, laparotomie. La tumeur est placée sur une anse d'intestin grêle qui est très augmentée de volume et rappelle l'estomac plein. La paroi intestinale semble normale, mais très épaissie. A travers la paroi de l'intestin

on sent à son intérieur une tumeur dure, bosselée et légèrement mobile. Il s'agit d'une invagination intestinale, car on voit nettement un collet d'invagination à environ 30 centimètres au-dessous de la tumeur.

Réssection de toute la partie malade de l'intestin et résection cunéiforme du mésentère, qui contient plusieurs ganglions; *entérorraphie circulaire*.

Durée de l'opération : 1 heure. Guérison par première intention. Part de l'hôpital le 1^{er} juin 1897.

Revue en novembre 1897. Cachectique avec une grosse tumeur dans le ventre.

La tumeur est grosse comme les deux poings, pédiculée, arrondie et lobulée; cette tumeur a produit une invagination intestinale d'une longueur de 20 centimètres. Le segment d'intestin engainant mesure 30 centimètres de circonférence. L'on pénètre facilement entre la tumeur et la paroi de l'intestin, et le passage est libre pour les matières fécales liquides. L'intestin sus-jacent à l'invagination est dilaté.

Examen histologique. — *Sarcoma alveolare intestini tenuis (globocellulare)*.

OBS. III (WESTERMARK) *ibid.* — Femme de 36 ans, célibataire. Entrée à la clinique gynécologique le 28 juin 1898.

Nullipare. Régliée à 16 ans, pas de douleurs au moment des règles. Depuis 5 ou 6 ans, règles irrégulières, aménorrhée. Depuis 6 mois les règles sont reparues et sont douloureuses.

Depuis sa vingtième année, la malade a des pertes blanches; elle a des syncopes et des palpitations. Douleurs d'estomac sans vomissement de sang. A part ces quelques maux, pas de maladies sérieuses. Depuis l'hiver dernier la malade a des douleurs dans le bas-ventre et le dos, ces douleurs s'irradient dans le membre inférieur gauche. La partie gauche du ventre est sensible à la pression et distendue.

Le médecin, consulté il y a 3 semaines, a remarqué une tumeur dans la partie gauche du ventre : la tumeur est dure et un peu douloureuse lorsqu'il y a de la constipation. Pas de fièvre, et la tumeur seule est un peu sensible.

La malade croit que sa tumeur a beaucoup augmenté depuis un mois. L'appétit a été bon jusqu'à il y a un mois; depuis un mois il a beaucoup diminué. Les forces ont diminué; il y a de la constipation, mais l'urine est claire et normale. Actuellement, la malade est pâle, amaigrie, d'aspect cachectique. La partie sous-ombilicale du ventre est saillante, surtout à gauche, et s'étend depuis deux travers de doigt dans l'ombilic jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et dépasse de quelques travers de doigt la ligne médiane. A la palpation, on sent à ce niveau une tumeur qui se prolonge jusque dans le petit bassin, où elle semble fixée. Cette tumeur est lisse, avec quelques sillons peu profonds; elle est dure, de consistance

élastique. La tumeur est bien limitée à la palpation, mate à la percussion et douloureuse à la pression. Par le toucher vaginal on sent que la tumeur, sentie par la palpation abdominale, est séparée de l'utérus par un sillon, les annexes droites ne sont pas perceptibles à la palpation.

Opération le 8 juillet 1898. — Incision médiane ; on découvre une tumeur très vasculaire recouverte par l'épiploon dont on la détache, après avoir agrandi l'incision de la paroi au-dessus de l'ombilic. La tumeur est molle, pseudo-fluctuante ; elle est adhérente au péritoine pelvien et à l'intestin par quelques adhérences faciles à détacher. Au cours de la libération de la tumeur, celle-ci se crève et il s'échappe des masses molles de son intestin et il s'écoule une certaine quantité de sang. On termine rapidement l'énucléation de la tumeur qui siège sur l'intestin grêle non loin de l'angle duodéno-jéjunal. Résection intestinale à 6-7 centimètres au-dessus et au-dessous de la tumeur ; section du mésentère. On ferme l'intestin de chaque côté du cæcum par deux sutures à la soie et au catgut et on fait une entéro-anastomose latérale. Fermeture de la paroi à 3 plans.

Guérison. — Malade, sort le 4 août 1898. La pièce est formée d'une tumeur grosse comme une tête d'enfant ; elle s'insère sur l'intestin grêle à l'opposé du bord mésentérique. Le segment d'intestin réséqué mesure 30 centimètres ; il répond au jéjunum.

Pas de rétrécissement notable du calibre de l'intestin au point d'insertion de la tumeur. On voit après résection de l'intestin, le long de son bord mésentérique, que la tumeur fait une saillie assez marquée dans l'intérieur de l'intestin dont elle a envahi toute la paroi, sauf la muqueuse intestinale qui est intacte à sa surface.

A l'examen histologique, il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire avec un fin réticulum développé aux dépens de la sous-muqueuse de l'intestin grêle.

31, 32. RHEINWALD, Ueber das Sarkom des Dünndarmes. *Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1901, Bd. XXX, heft. 3, p. 702. — I. — Femme de 25 ans. Toujours bien portante jusqu'à il y a un an et demi ; à cette époque, elle souffrit de douleurs abdominales et de vomissements. Grâce à un régime approprié, elle se maintint encore assez bien portante. Le 22 novembre 1899, elle fut reprise de douleurs vives dans l'estomac et de vomissements. 3 semaines après, il se déclara une péritonite qui dura 3 semaines. Depuis lors les vomissements se sont moins fréquemment répétés ; il y a eu souvent rejet d'aliments pris plusieurs jours avant. Les selles ne sont obtenues qu'avec des lavements ; elles ont un aspect grisâtre.

Le 3 avril 1900, la malade est reçue avec le diagnostic de *gastrectasie*. Elle est très amaigrie, très anémique. Pouls petit, 100. L'abdomen est distendu. Les contours de l'estomac (?), que l'on peut rendre très apparents par la percussion brusque, ont une forme allongée, très spéciale ;

par le lavage de l'estomac, on retire une grande quantité de liquide bilieux qui a une réaction acide, mais sans HCl libre. Dans l'urine, ni sucre ni albumine. Le poids de la malade est de 32 kg. 8.

Opération (professeur Steinthal) 6 avril 1900. — La laparotomie sus-ombilicale montre que l'épiploon et l'intestin sont adhérents entre eux : libération de ces adhérences ; on aperçoit alors derrière le côlon transverse une anse d'intestin grêle très dilatée, qui s'étend de l'angle duodéno-jéjunal, descend d'abord à gauche, puis remonte à droite ; elle redescend ensuite à gauche et se perd à ce niveau dans une masse dure au-dessous de laquelle l'intestin grêle est de calibre normal. L'estomac n'est pas dilaté. On résèque alors toute l'anse dilatée et la tumeur ; l'anse afférente est fermée et l'anse efférente implantée latéralement dans celle-ci avec le bouton de Murphy.

Fermeture de la paroi. — Le 10 mai, la malade est sortie de l'hôpital.

Guérison. — Le 25 mai, la malade quitte l'hôpital ; elle pèse 43 kilogrammes. Pas de récidive actuelle (1901).

La pièce comprend une anse jéjunale longue de 40 centimètres qui est dilatée au point d'atteindre le volume du bras, et dont la paroi est très dilatée. La muqueuse est normale jusqu'au rétrécissement qui n'admet qu'un crayon.

Ce rétrécissement est formé par une tumeur longue de 9 centimètres, qui est ulcérée et semble en voie de cicatrisation au niveau du point le plus rétréci. La tumeur a une épaisseur de 1 centimètre ; elle est de couleur blanchâtre.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un *sarcome fuso-cellulaire* (peut-être développé sur un ancien myome, professeur Baumgarten).

Obs. II. — Homme de 43 ans ; toujours bien portant jusqu'à il y a 7 semaines ; à ce moment il fut pris de diarrhée qui dura 3 semaines. Une fois les selles furent noires. Depuis l'abdomen s'est progressivement distendu et la constipation est devenue opiniâtre. Il n'y a pas eu de selle depuis 5 jours. Il y a eu plusieurs vomissements d'odeur fécale. Depuis 15 jours le malade aurait maigri de 20 livres.

Le malade entre le 24 septembre 1900. Le ventre est distendu et très douloureux à la pression. On voit le péristaltisme intestinal sous la paroi ; les orifices herniaires sont normaux ; par le toucher rectal, on ne sent rien. On ne sent pas de tumeur à la palpation. Les ganglions lymphatiques ne sont pas augmentés de volume. On pratique l'entérostomie sur une anse grêle dilatée. Le malade se rétablit bien après l'opération. Après des examens répétés on finit par trouver une tumeur dure au-dessus de l'ombilic.

Le 6 décembre 1900, *laparotomie* (professeur Steinthal). — Incision médiane. On trouve une tumeur solide qui siège sur une anse grêle ; l'intestin sus-jacent est dilaté ; il existe deux noyaux métastatiques dans

le mésentère. Résection de la tumeur, du mésentère, de 15 centimètres d'intestin au-dessus de la tumeur, de 5 centimètres au-dessous. On ferme les deux anses réséquées et l'on fait une anastomose latérale isopéristaltique avec le bouton de Murphy. Fermeture de la paroi.

Guérison rapide. — L'anus contre nature résultant de la première opération se ferma spontanément. Quelques semaines après l'opération il se fit une fistule stercorale à l'extrémité inférieure de la cicatrice, avec une induration étendue tout autour; on crut à une récurrence; mais le malade revu un mois après ne présentait plus d'infiltration; on admit qu'elle était d'origine inflammatoire. Le malade revu en avril 1901 est très bien portant; il a engraisé et recommence à travailler.

Le segment d'intestin réséqué appartient à l'iléon; il a 22 centimètres de long; sa partie supérieure est très dilatée; à sa partie inférieure siège une tumeur dure, grosse comme un œuf de poule, qui encercle tout l'intestin. L'épaisseur de la tumeur est de 1 centimètre, elle est de couleur blanchâtre. Il y a un revêtement séreux continu; au contraire, la muqueuse est ulcérée en plusieurs points. Au niveau de la tumeur, le calibre de l'intestin est rétréci au point d'admettre difficilement un crayon.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un *sarcome globocellulaire* (professeur V. Baumgarten).

33. OBS. DE HAWTHORN. Sarcome primitif de l'intestin grêle. *Marseille médical*, p. 439, 1902. — Femme de 31 ans; elle a eu huit grossesses; la dernière, vingt-mois avant son entrée dans le service, avait été menée à bien, quoique compliquée d'hydramnios. Depuis l'accouchement, douleur au bas-ventre sur la ligne médiane, avec irradiations vers la région lombaire; irrégularités menstruelles et pertes blanches. Col utérin gros, ulcéré. En arrière du pubis, masse dure, douloureuse à la pression, limitée, un peu mobile, déprimant le cul-de-sac antérieur et donnant la sensation d'une tumeur fibreuse. Pas de troubles digestifs. La malade maigrit et pâlit. Le diagnostic posé fut: tumeur fibreuse de l'utérus avec adhérences probables à l'intestin.

Opération: laparotomie. (M. Roux de Brignolles.) — On tombe sur une tumeur dépassant un peu le volume des deux poings réunis, siégeant sur une anse d'intestin grêle, répondant à la partie supérieure de l'iléon. Le tissu néoplasique a envahi toute la circonférence de l'intestin grêle sur une étendue de 18 centimètres et présente une épaisseur variant de 2 à 3 centimètres environ. Résection de 78 centimètres d'intestin grêle et d'un gros morceau de mésentère; entérorraphie circulaire. Quinze jours après, la malade est sortie guérie.

Revu deux mois après l'opération: début de récurrence. La lumière de l'intestin grêle est largement ouverte, malgré la saillie d'un noyau néoplasique du volume d'une cerise. Deux autres foyers néoplasiques siè-

gent, l'un en amont, l'autre en aval de la plus grosse tumeur; d'une largeur de 1 à 2 centimètres, ils intéressent toute la circonférence de l'intestin; là encore, il n'y a pas de rétrécissement du conduit, malgré l'épaisseur du néoplasme (1 centimètre et demi). Le mésentère a été envahi secondairement par une tumeur du volume d'une grosse orange, accolée à la grosse tumeur de l'intestin.

Examen histologique. — *Sarcome globo-cellulaire de la muqueuse de l'intestin grêle.*

34. OBS. DE LANGE, *Hygiea*, Stockholm, 1902, t. I, p. 373. — Femme de 46 ans. Entrée le 8 novembre 1900 à l'hôpital. La malade a toujours été bien portante, malgré qu'elle soit de constitution assez faible et un peu pâle et maigre. Jamais de troubles du côté de l'appareil digestif. Les selles sont régulières, mais elle a été quelquefois un peu constipée. Depuis ces derniers mois, la malade a senti avec la main qu'elle avait une tumeur abdominale du côté droit. Cette tumeur est indolente, mais depuis qu'elle en a remarqué la présence, la malade a pris peur, est entrée à l'hôpital.

La malade a eu des enfants : jamais de fausses couches, toujours bien réglée, sans métrorrhagies.

Etat actuel. — A la palpation bimanuelle on trouve une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf, de consistance ferme, placée au-dessous de la ligne innominée du côté droit. L'utérus est normal, en antéflexion, et les annexes gauches sont aussi normales. On croit que la tumeur était développée aux dépens de l'ovaire droit, car elle en occupait le siège anatomique et que, d'autre part, on ne pouvait sentir l'ovaire. La tumeur est mobile dans tous les sens; on fit donc le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve facilement la tumeur, qui siège sur une anse grêle correspondant à la fin de l'iléon. La tumeur est grosse comme un œuf d'oie, elle siège sur le bord mésentérique de l'intestin, et son point d'implantation est fort petit (correspondant à une pièce de 50 centimes environ). Le calibre de l'intestin n'est pas rétréci à ce niveau. Plusieurs gros vaisseaux du mésentère passent au-dessus de la tumeur pour arriver à l'intestin.

Le mésentère et le péritoine environnant ne présentent pas de métastases. Aussi on se décide à pratiquer la *résection partielle* de l'intestin correspondant à la tumeur; après cette résection, qui est facilement faite, on suture l'intestin et il n'y a pas de sténose.

Suture à trois plans de la paroi. Guérison rapide.

La tumeur à la coupe est très dure, calcifiée en certains points; elle semble développée dans les couches externes de la paroi intestinale, car la muqueuse est intacte.

A l'examen microscopique il s'agit de *fibrosarcome*.

TABLEAU III. — Sarcomes de l'intestin

	AUTEURS	SEXE, AGE	DÉBUT des accidents	NATURE DES ACCIDENTS
1	HAHN. 1887.	Homme, 18 ans.	La veille.	Douleurs, facies péritonéal, masse dure, pas de trouble rectal.
2	V. ZURALSKI 1889.	Homme, 42 ans.	15 jours.	Douleurs, ténésme vésical, tumeur abdominale, amaigrissement.
3	KONIG. 1890.	Homme, 19 ans.	Quelques semaines.	Troubles dyspeptiques, tumeur abdominale, constipation.
4	BALTZER. 1892.	Homme, 40 ans.	14 mois.	Tumeur abdominale, douleurs, constipation, cachexie.
5	IDEM.	Femme, 34 ans.	3 mois.	Douleurs abdominales, amaigrissement, tumeur abdominale.
6	RUTHERFURD. 1893.	Homme, 14 ans.	6 mois.	Cachexie, tumeur abdominale, fièvre élevée.
7	FLEMING et STEVEN. 1893.	Homme, 52 ans.	6 mois.	Troubles dyspeptiques, cachexie, tumeur abdominale.
8	WALDENSTROM et AKENBERG.	Femme, 51 ans.	2 ans 1/2.	Occlusion chronique.
9	NICOLAYSEN.	Femme, 27 ans.	2 mois.	Douleurs, tumeur abdominale.
10	KETLI et DOLLINGER. 1894.	Homme, 36 ans.	Quelques jours.	Hernie irréductible, tumeur abdominale et herniaire, signes d'obstruction.
11	SCHILLER. 1896.	Homme, 28 ans.	6 semaines.	Accidents dyspeptiques, tumeur abdominale, amaigrissement.
12	BRAULT 1895	Homme, 27 ans.	1 an 1/2.	Tumeur abdominale, constipation, cachexie.
13	MAC-BURNEY. 1896.	Homme, 36 ans.	1 mois.	Tumeur abdominale, dyspepsie chronique.
14	WILLY-MEYER. 1893.	Homme, 23 ans.	6 mois.	Tumeur abdominale, cachexie, fièvre, quelques troubles dyspeptiques.
15	LIBMAN. 1901.	Femme, 40 ans.	2 mois.	Douleur abdominale, tumeur abdominale, fièvre.
16	IDEM.	Femme, 46 ans.	10 jours.	Douleurs fosse iliaque droite, fièvre, puis occlusion intestinale.

grêle de l'adulte (opérés).

DIAGNOSTIC	SIÈGE ET NATURE de la tumeur	OPÉRATION	RÉSULTAT
Péritonite.	Lymphosarcome du jéjunum perforé.	Incision exploratrice.	Mort aussitôt après l'opération.
.....	Sarcome fusocellulaire de l'iléon.	Résection intestinale, entérorraphie circulaire, (bouton de Murphy).	Mort le 3 ^e jour (péritonite).
Rein flottant (?)	Sarcome globocellulaire de la fin de l'iléon.	Résection intestinale, anus contre nature.	Guérison (mort 8 ans après d'une tentative opératoire de cure de l'anus contre nature.)
.....	Sarcome fusocellulaire de l'intestin grêle.	Résection intestinale, entérorraphie circulaire.	Guérison; revu guéri pendant plusieurs années.
.....	Sarcome de l'intestin grêle.	Résection intestinale, entérorraphie circulaire.	Morte de péritonite 24 heures après.
Péritonite circonscrite tuberculeuse (?)	Sarcome globocellulaire de la fin de l'iléon.	Laparotomie exploratrice, tumeur inopérable.	Mort le 9 ^e jour : fistule stercorale.
Carcinome du colon transverse.	Sarcome globocellulaire de l'intestin grêle.	Résection intestinale, entérorraphie circulaire.	Morte dans la nuit : collapsus (suture suffisante).
Dilatation gastrique (?) puis occlusion chronique.	Sarcome globocellulaire de la fin de l'iléon.	Entérostomie.	Mort quelques jours après.
Rate hypertrophiée (?)	Sarcome du jéjunum.	Laparotomie exploratrice.	Mort.
Hernie étranglée.	Sarcome de l'intestin grêle.	Kélotomie, réduction impossible.	Guérison.
.....	Sarcome fusocellulaire de l'intestin grêle.	Résection intestinale, entérorraphie circulaire.	Guérison.
Sarcome abdominal (?)	Sarcome globocellulaire du jéjunum.	Résection intestinale, entérorraphie circulaire.	Guérison; revu 4 mois après, début de récurrence.
Tumeur abdominale maligne du côlon ou de l'épiploon (?)	Lymphosarcomes multiples de l'intestin grêle.	Entéro-anastomose.	Guérison opératoire, revu au bout de 4 mois; tumeurs ont grossi.
Kyste hydatique du foie (?) ou adénopathie tuberculeuse mésentérique (?)	Sarcomes globocellulaires multiples de l'intestin grêle.	Laparotomie exploratrice.	Guérison, mort au bout de 3 mois de cachexie.
Kyste suppuré de l'ovaire.	Myxosarcome de l'intestin grêle avec invagination.	Résection intestinale, entérorraphie circulaire au bouton de Murphy.	Guérison.
Appendicite subaiguë.	Sarcome de l'intestin grêle avec invagination.	Résection intestinale, entérorraphie circulaire (bouton de Murphy).	Guérison 18 mois après sans récurrence.

	AUTEURS	SEXE, ÂGE	DÉBUT des accidents	NATURE DES ACCIDENTS
17	MERMET. 1896	Femme, 32 ans.	4 mois.	Tumeur abdominale, cachexie diarrhée.
18	ENGSTROM. 1897.	Femme, 35 ans.	5 mois.	Tumeur abdominale, anémie.
19	ENGSTROM. 1897.	Femme, 46 ans.	2 mois.	Dyspepsie, tumeur abdomi- nale.
20	BABES et NANU. 1897.	Homme, 30 ans.	1 mois 1/2.	Douleurs, fièvre légère, tu- meur abdominale, diarrhée.
21	VITRAC et LAUBIE. 1897.	Femme adulte.	6 semaines.	Douleurs, tumeur abdomi- nale.
22	HEINZE. 1897.	Homme, 42 ans.	8 mois.	Dyspepsie, tumeur abdomi- nale.
23	TCHERNIAKOWSKI. 1898.	Homme, 24 ans.	4 mois.	Tumeur abdominale, cachexie constipation opiniâtre.
24	PETROW. 1898.	Homme, 34 ans.	3 mois 1/2.	Constipation opiniâtre, dou- leurs, tumeur abdominale.
25	STEINER. 1898.	Femme, 57 ans.	2 ans.	Douleurs, tumeur abdomi- nale.
26	QUENSEL. 1898.	Femme, 62 ans.	5 jours.	Douleurs abdominales, oc- clusion intestinale.
27	MARWEDEL. 1899.	Femme, 43 ans.	1 an.	Constipation rebelle, tumeur abdominale.
28	WESTERMARK. 1899.	Homme, 52 ans.	3 mois.	Ténésme vésical, douleurs, tumeur abdominale.
29	IDEM.	Homme, 48 ans.	Quelques mois.	Tumeur, cachexie abdomi- nale.
30	IDEM.	Femme, 36 ans.	6 mois.	Douleurs, tumeur abdomi- nale, cachexie.
31	RHEINWALD. 1901.	Femme, 25 ans.	1 an 1 2.	Douleurs, vomissements, constipation, cachexie.
32	IDEM.	Homme, 43 ans.	7 semaines.	Diarrhée, mélœna, cachexie, vomissements fécaloïdes.
33	HAWTHORN. 1902.	Femme, 31 ans.	20 mois.	Douleurs, tumeur abdomi- nale.
34	LANGE. 1902.	Femme, 46 ans.	Quelques mois.	Tumeur abdominale.
35	Observ. personnelle I. (Dr TERRIER)	Femme, 17 ans.	1 mois et 8 jours.	Douleurs abdominales, ascite très abondante, cachexie.
36	Observ. personnelle II. (Dr GOSSET)	Homme, 51 ans.	1 an.	Douleurs, tumeur abdomi- nale, signes de sténose de l'intestin grêle, vomisse- ments.

DIAGNOSTIC	SIÈGE ET NATURE de la tumeur	OPÉRATION	RÉSULTAT
Pyosalpinx gauche adhérent à l'intestin.	Sarcome globocellulaire de l'intestin grêle.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire. (bouton de Murphy).	Mort le lendemain matin.
.....	Sarcome globocellulaire de l'intestin grêle.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire.	Guérison, récurrence 1 an.
.....	Sarcome globocellulaire de l'intestin grêle.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire.	Guérison, 5 mois après sans récurrence.
Tumeur abdominale (?)	Sarcome de l'intestin grêle.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire.	Guérison, revu guéri 1 an après.
Kyste de l'ovaire.	Sarcome de l'intestin grêle.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire.	Guérison.
Carcinome du côlon descendant.	Sarcome globocellulaire du jéjunum.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire.	Guérison.
.....	Sarcome globocellulaire de l'intestin grêle.	Laparotomie exploratrice.	Mort au bout de 2 jours d'accidents pulmonaires.
.....	Lymphosarcome de l'angle duodéno-jéjunal.	Laparotomie exploratrice.	Mort le 16 ^e jour de péritonite.
.....	Myome sarcomateux du jéjunum.	Réséction intestinale, fermeture des deux bouts, entéro-anastomose latérale.	Guérison, revue 1 an après récurrence.
Kyste de l'ovaire et occlusion intestinale.	Sarcome fusocellulaire de l'intestin grêle.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire.	Mort de péritonite.
Kyste de l'ovaire adhérent.	Myosarcome du jéjunum.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire (bouton de Murphy).	Mort de shock.
.....	Sarcome globocellulaire de l'intestin grêle.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire.	Mort le 5 ^e jour (anurie)
Sarcome de l'intestin grêle.	Sarcome globocellulaire de l'intestin grêle.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire.	Guérison, récurrence 5 mois après.
.....	Sarcome globocellulaire du jéjunum.	Réséction intestinale, fermeture des deux bouts, entéro-anastomose latérale.	Guérison.
Sténose pylorique et gastrectasie.	Sarcome globocellulaire du jéjunum.	Réséction intestinale, entéro-anastomose termino-latérale (bouton de Murphy).	Guérison. Revue 10 mois après, sans récurrence.
Occlusion intestinale.	Sarcome globocellulaire de l'intestin grêle.	1 ^{re} opérat., entérostomie. 2 ^e opérat., réséction intestinale, entéro-anastomose latérale. (bouton de Murphy).	Guérison. Revu 8 mois après, sans récurrence.
Fibrome utérin adhérent à l'intestin.	Sarcome globocellulaire de l'iléon.	Réséction intestinale, entérorraphie circulaire.	Guérison, récurrence 2 mois après.
Tumeur solide de l'ovaire.	Fibrosarcome calcifié de l'intestin grêle.	Réséction partielle. Entérorraphie.	Guérison.
Péritonite tuberculeuse avec ascite.	Sarcomes globocellulaires multiples de l'intestin grêle.	Laparotomie exploratrice.	Guérison. Mort 1 mois après, cachexie.
Rétrécissement iléo-cœcale.	Sarcome fusocellulaire de l'intestin grêle.	Réséction intestinale, fermeture des 2 bouts, entéro-anastomose latérale.	Guérison. Revu guéri 5 mois après.

§ 3. — Observations personnelles.

Obs. I (personnelle). *Service de M. le professeur Terrier.* — Eug. S..., âgée de 47 ans, couturière, entre le 31 mai 1903 à l'hôpital de la Pitié, dans le service du professeur Terrier, salle Lisfranc, lit n° 8, parce qu'elle souffre du ventre depuis 1 mois et 8 jours.

Les premières douleurs abdominales sont survenues à l'occasion d'un toucher vaginal, que lui fit son médecin le 24 avril 1903; elle avait à ce moment des règles très abondantes, et c'est pour chercher la cause de ces ménorrhagies que le médecin lui fit un toucher. Quelques jours après cet examen, la malade fut surprise de voir que brusquement son ventre augmentait beaucoup de volume; en quelques jours, l'abdomen aurait atteint les dimensions considérables qu'il présente actuellement (1^{er} juin 1903). Au même moment, la malade aurait eu de la fièvre et un manque absolu d'appétit. Il n'existait alors ni constipation, ni diarrhée; les selles au nombre de deux par jour, étaient absolument normales.

Vers le milieu de mai, c'est à-dire environ 3 semaines après les premiers accidents, apparurent des vomissements bilieux, survenant brusquement et plusieurs fois par jour; depuis lors, ces vomissements presque quotidiens ont persisté; l'état général s'est sans cesse aggravé depuis le début de la maladie.

Etat actuel (1^{er} juin 1903). — La malade est très amaigrie; elle ne s'est pas pesée avant sa maladie, mais elle a très bien remarqué qu'elle avait beaucoup perdu de son poids depuis 6 semaines. Il n'y a pas de fièvre actuellement; les vomissements ont cessé depuis 2 jours, et il semble que l'appétit revienne un peu. Le ventre est extrêmement développé; du pubis à la base de l'appendice xyphoïde, il mesure 40 cent.; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure il y a 24 cent.; la circonférence du tronc à la base du thorax est de 84 cent. La partie moyenne de l'abdomen surtout est proéminente; les flancs sont un peu élargis, la cicatrice ombilicale est dépliée; il existe sur la paroi abdominale, des deux côtés, une abondante circulation veineuse collatérale, qui se continue vers la région lombaire où l'on constate un peu d'œdème. Il y a aussi de l'œdème de la paroi abdominale, surtout au dessus du pubis; il y a également de l'œdème des grandes lèvres et des membres inférieurs, au pourtour des malléoles.

La *palpation* du ventre ne réveille aucune douleur; elle permet de constater avec la plus grande netteté la sensation de flot. Mais, par suite de la tension extrême des parois de l'abdomen, on n'arrive pas à sentir les organes sous-jacents.

A la *percussion*, on constate de la sonorité tympanique dans une région très étendue, comprenant la région épigastrique et les deux hypochondres; au contraire, l'hypogastre et les flancs sont absolument mats. Quand on fait coucher la malade sur le côté, on obtient facilement le déplacement simultané de la matité.

Le toucher vaginal permet de reconnaître un petit col conique de nullipare, auquel le doigt imprime des mouvements très aisément, dans tous les sens et sans réveiller de douleur.

Le toucher rectal ne montre absolument rien d'anormal. Actuellement la malade va, tous les jours, deux fois à la selle, sans diarrhée et rend beaucoup de gaz. Il n'y a pas de vomissement. *Pas de fièvre.*

L'examen du cœur ne révèle aucune lésion.

Les deux poumons, soigneusement auscultés et percutés, ne révèlent absolument rien d'anormal. D'ailleurs, la malade n'a jamais toussé.

La quantité des urines est de 800 grammes par jour ; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine ; la quantité d'urée est de 22 gr. par litre.

Antécédents héréditaires. — Père et mère jeunes encore et très bien portants. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 14 ans, dont elle est parfaitement guérie. Réglée à 14 ans et demi ; règles abondantes et toujours douloureuses durant parfois 7 jours.

En présence de cet ensemble de symptômes et de cette histoire clinique, le Pr Terrier porta le diagnostic fort vraisemblable de *tuberculose péritonéale à forme ascitique et à point de départ vraisemblablement génital.*

OPÉRATION. — Le 9 juin 1903, M. le professeur Terrier pratique, sous l'anesthésie générale par le chloroforme, une laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'écoule, une fois le péritoine incisé, environ 6 litres de liquide ascitique citrin ; on voit alors qu'à 20 centimètres environ de la terminaison de l'iléon, l'intestin grêle est le siège d'une tumeur bosselée, de couleur noirâtre, formée de deux masses principales : l'une de la grosseur d'une orange, l'autre d'une mandarine ; les masses semblent développées dans la paroi intestinale, qui est dure et cartonnée sur une certaine étendue en deçà et au delà ; dans le mésentère correspondant à l'anse grêle malade, on trouve une masse du volume d'une noix ; à une certaine distance au-dessus de cette première tumeur intestinale, on trouve que l'intestin grêle est cartonné et légèrement bosselé, mais sans former une tumeur comparable à la première. Nulle part sur le péritoine pariétal ou viscéral, on ne trouve de tubercules miliaires.

En présence de ces lésions, on pense à faire une entéro-anastomose ; mais la malade ne semble pas en état de supporter une opération un peu longue ; aussi on se contente de refermer le ventre par une suture à trois plans.

Les suites opératoires furent des plus simples. Il n'y eut pas trace de fièvre ; les fils furent enlevés au 9^e jour. Réunion per primam.

Le liquide ne se reproduisit pas tout d'abord et la malade sembla améliorée pendant 15 jours ; mais vers le 25 juin, alors que la plaie abdominale était complètement cicatrisée, le ventre recommença d'augmenter de volume ; de plus, des coliques très douloureuses survinrent à chaque instant, accompagnées d'une diarrhée persistante. L'anorexie redevint

complète; l'œdème des jambes ne fit qu'augmenter, et la malade, de jour en jour plus cachectique, torturée par des crises de coliques très douloureuses, calmées seulement par la morphine, s'éteignit le 12 juillet 1903.

Autopsie. — A l'autopsie, le ventre est très distendu; les anses grêles sont remplies de gaz et de matières liquides. Nulle part il n'y a de sténose intestinale. On enlève l'intestin grêle en masse. Le gros intestin est normal ainsi que l'estomac et le duodénum. Le foie, les reins, le cœur et les poumons ne présentent pas de lésions apparentes et en particulier pas traces de métastases néoplasiques.

Il n'y a nulle part des ganglions hypertrophiés.

Examen de la pièce. — La pièce se compose d'une anse d'intestin grêle appartenant à la terminaison de l'iléon et du mésentère correspondant; à 20 centimètres de la valvule iléo-cæcale, on trouve une tumeur bosselée de couleur rouge-noirâtre formée de deux masses principales, l'une grosse comme une orange, l'autre comme une mandarine; en deçà et au delà de ces tumeurs, sur une étendue de plusieurs centimètres, l'intestin grêle est dur, épaissi, sa paroi est semi-rigide, comme cartonnée; à 20 centimètres au-dessus de la première tumeur, l'iléon est épaissi et sa paroi infiltrée sur une étendue de 5 à 6 centimètres; mais il n'y a pas là de tumeur véritable. Dans le mésentère, en un point correspondant à la première tumeur, on trouve un noyau dur, gros comme une noix et qui semble un ganglion dégénéré. Le reste de l'intestin grêle est d'aspect normal. A la coupe on voit que les tumeurs ne rétrécissent pas l'intestin; au contraire, au niveau de la plus grosse tumeur, sa lumière est dilatée; la muqueuse est détruite à ce niveau; le fond de l'ulcération ainsi formée est recouvert d'une sanie très fétide; sur la coupe la tumeur qui infiltre toute la paroi mesure environ 2 cent. d'épaisseur; elle est de couleur jaunâtre, parsemée de foyers de nécrose et d'hémorragies interstitielles; en raclant la surface de section, on obtient un suc laiteux abondant.

Examen histologique. — L'examen histologique a porté sur différents fragments pris au niveau de la tumeur principale, de la seconde tumeur et du noyau métastatique mésentérique.

Sur une coupe comprenant toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin malade, on voit à un faible grossissement (7 fois) (fig. 1, pl. III) que la muqueuse est encore reconnaissable à ses villosités; au-dessous d'elle la muscularis mucoœ est également intacte; le néoplasme au contraire infiltre d'une façon diffuse toute l'épaisseur de la couche musculaire, dont les faisceaux sont dissociés par des traînées de cellules néoplasiques; enfin, au niveau de la couche sous-séreuse, on trouve un nouvel épaississement très marqué formé par l'infiltration néoplasique. L'ensemble de la coupe mesure 1 cm. 5 : soit environ trois fois l'épaisseur de l'intestin normal.

A un plus fort grossissement (250 fois) (fig. 2, pl. III), on voit que le néoplasme est constitué par des cellules arrondies, à noyau volumineux, à protoplasma peu abondant; ces cellules sont disséminées çà et là sans aucun

ordre, réunies par endroits en amas volumineux, dissociées au contraire en minces traînées ; en d'autres points, par des faisceaux de fibres conjonctives. Nulle part il n'existe de réticulum comparable à celui du tissu lymphoïde. En certains points des vaisseaux remplis de sang, sans paroi propre, sont creusés au milieu des éléments néoplasiques ; en d'autres points, les vaisseaux préexistants, encore reconnaissables à leur paroi normalement constituée, sont entourés par d'épais manchons des cellules néoplasiques.

Sur des coupes examinées à l'immersion (1/12 leitz, fig. 1, pl. IV), on peut mieux apprécier les détails de la structure des cellules ; celles-ci sont en général arrondies, possédant un noyau volumineux fortement coloré ; le protoplasma est peu abondant, homogène. Quelques cellules possèdent deux noyaux, d'autres ont un noyau irrégulier, étranglé en son milieu, ou affectant la forme d'un croissant ; à côté du noyau, on trouve dans certaines cellules des éléments arrondis, qui prennent fortement les colorants nucléaires : on voit bien sur la figure 1 quelques-uns de ces corpuscules juxta-nucléaires.

D'après cet ensemble de caractères histologiques, il est certain que nous avons ici affaire à un *sarcome globo-cellulaire* de la paroi intestinale.

La structure histologique de la métastase mésentérique est en tous points analogue à celle de la tumeur primitive intestinale.

OBS. II (personnelle). Service de M. le professeur Terrier, suppléé par le docteur A. Gosset. — Ed. G..., 51 ans, entre à la Pitié le 8 août 1903, pour des douleurs abdominales et un amaigrissement considérable.

Il y a un an que, pour la première fois, ce malade commença à ressentir, à des intervalles irréguliers, mais toujours après les repas, des douleurs vagues dans la région épigastrique. Ces douleurs étaient très supportables, il ne consulta un médecin que 3 mois après le début des douleurs. L'appétit était toujours bon ; les digestions se faisaient normalement ; jamais il n'y avait de renvois acides ; il n'y eut qu'une seule fois un vomissement alimentaire. Cet état dura 6 mois. Puis les douleurs devinrent plus régulières ; elles survenaient 2 heures environ après le repas du matin et celui du soir. Elles étaient plus intenses, localisées nettement au creux épigastrique et s'irradiaient dans tout l'abdomen.

Le lundi de Pâques, il y eut un vomissement alimentaire, composé de viande non digérée. Ce vomissement fut particulièrement difficile et douloureux. Depuis lors, l'appétit a diminué ; il y a un dégoût marqué pour la viande. Le médecin du malade le mit alors au régime des dyspeptiques (œufs et eau bouillie ; magnésic ; bicarbonate de Na ; tisanes amères). Les vomissements toujours alimentaires, difficiles, survinrent depuis lors assez régulièrement tous les 20 jours environ ; les vomissements contenaient des aliments non digérés, mais pas d'aliments pris

plusieurs jours auparavant. Il y avait, de plus, très souvent, des gargouillements ; les douleurs, plus fréquentes, étaient calmées par l'ingestion des aliments. Depuis 2 mois, l'abdomen est distendu dans sa partie supérieure, ce qui gêne beaucoup le malade ; l'amaigrissement est très notable. Depuis le début de la maladie, il y a de la constipation ; une seule fois, il y a 5 mois, il y eut pendant 15 jours de la diarrhée persistante. Jamais le malade n'a remarqué de sang dans ses selles ni dans ses vomissements. Depuis 15 jours, le malade ne mange presque plus ; il est de plus en plus épuisé et forcé maintenant d'interrompre son travail, qu'il avait continué tant bien que mal jusque-là.

État actuel (9 août 1903). — Aspect très cachectique ; amaigrissement considérable (28 livres en 6 mois). Le malade se plaint de douleurs dans la région épigastrique et dans l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque droite. Les douleurs surviennent 2 heures après le repas et durent 2 à 3 heures environ. En même temps que les douleurs, surviennent des gargouillements, accompagnés d'une « sensation de liquide qui descend et remonte dans l'intestin ».

A l'inspection du ventre on voit tout d'abord que celui-ci est ballonné ; de plus, on aperçoit nettement à travers la paroi des ondes péristaltiques dirigées de droite à gauche puis de gauche à droite ; une tumeur se dessine descendant jusqu'au pubis, remontant jusqu'à l'ombilic ; à la fin de l'ondulation péristaltique, on entend un gargouillement très net.

A la palpation, pendant les contractions péristaltiques on peut délimiter avec la main les contours de la tumeur de consistance élastique qui vient se perdre, à égale distance de l'ombilic et de l'arcade crurale, dans la fosse iliaque droite, dans une masse dure, bosselée, saillante sous la paroi et douloureuse à la palpation. En secouant avec les deux mains la tumeur élastique, au moment des contractions, on provoque un bruit de clapotage très net. La tumeur est mobile dans tous les sens, mais ne quitte cependant jamais la fosse iliaque droite.

A la percussion, la tumeur est sonore dans toute sa partie supérieure et gauche ; au contraire, au niveau de la masse bosselée de la fosse iliaque droite, il y a de la submatité.

Le foie est petit, ne dépassant pas le rebord des fausses côtes.

Le cœur est normal.

La percussion et l'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal. Pas d'adénopathie sus-claviculaire gauche.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; mère morte de la poitrine ; une fille morte de la poitrine ; trois autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — A 18 ans, ictère bénin. N'a jamais toussé ; très bien portant jusqu'en 1902 ; pas d'alcoolisme.

L'analyse du suc gastrique a été faite après repas d'épreuve ; l'acidité totale exprimée en HCl est de 1,60 p. 100 ; traces d'acide lactique ; pas d'acide butyrique. On fait également l'insufflation de l'estomac, qui

montre que l'air distend d'abord la région épigastrique, puis la tumeur sous-ombilicale. Si l'on presse alors l'abdomen distendu, les gaz s'échappent par la bouche.

L'analyse des urines montre qu'elles ne contiennent ni sucre, ni albumine et qu'il y a 34 gr. 57 d'urée par litre.

Le professeur Gosset porte le diagnostic de *tumeur iléo-cæcale avec rétrécissement de l'intestin grêle*.

Opération le 21 août 1903. — Le docteur Gosset pratique la laparotomie médiane sous-ombilicale; on voit immédiatement une tumeur du volume des deux poings, siégeant sur l'intestin grêle, absolument indépendante du cæcum; on ne recherche pas le point précis où se trouve la tumeur par rapport au cæcum. La tumeur est mobile; on l'attire facilement hors du ventre; le segment d'intestin sus-jacent à la tumeur est très hypertrophié et dilaté. Le segment inférieur est au contraire aplati. On pratique aussitôt l'extirpation de la tumeur. Au-dessus et au-dessous de la tumeur, beaucoup plus loin au-dessus, on écrase l'intestin; on fait une double ligature à la soie; section entre les ligatures; enfouissement sous-séreux des deux moignons d'intestin, sous un double surjet séro-séreux. Section progressive du mésentère correspondant et hémostase par paquets isolés. On fait ensuite une entéro-anastomose latérale, avec une bouche de 4 centimètres de largeur. Drainage. Durée de l'opération, 1 heure.

Suites opératoires. — Elle furent des plus simples: il n'y eut pas de fièvre, une selle spontanée eut lieu le cinquième jour; le drain fut raccourci progressivement et enlevé le huitième jour. Réunion par première intention. Le malade sortit guéri le 15 septembre. Il fut revu à la fin de décembre: il a engraisé au point qu'on ne reconnaît à peine.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée consiste en un segment d'intestin grêle mesurant 50 centimètres, et porteur d'une tumeur du volume des deux poings. On voit facilement, avant l'ouverture du canal intestinal, que l'intestin grêle au-dessus de la tumeur est très dilaté; le segment sous-jacent au néoplasme est au contraire aplati et collabé. La tumeur vue par sa face externe (V. pl. I) mesure environ le volume du poing; elle est de couleur blanchâtre, avec des îlots rouge noirâtre; sa surface est bosselée; certaines des bosselures sont volumineuses, de la grosseur d'un marron d'Inde ou d'un œuf de poule; les autres, beaucoup plus petites, grosses comme des noisettes; la tumeur est insérée sur le bord mésentérique de l'intestin grêle, dont elle envahit la paroi sur la moitié environ de sa circonférence; le bord libre de l'intestin n'est pas envahi, mais on rencontre à sa surface des noyaux sous-séreux de la grosseur d'une lentille. La tumeur s'enfonce par une grosse bosselure. Dans le mésentère correspondant à l'anse intestinale, on ne trouve pas de ganglions volumineux dans l'étendue du mésentère réséqué.

La planche II représente l'intestin grêle fendu le long de son bord libre; on sent que la muqueuse du segment sus-strictural est normalement

plissée jusqu'à environ 20 centimètres de la tumeur ; à partir de ce point elle devient lisse et les valvules conniventes sont tout à fait effacées. On arrive ainsi jusqu'à un point très rétréci, oblitéré presque complètement par un gros bourgeon saillant ; il devient alors difficile de retrouver la lumière de l'intestin. On arrive cependant à introduire le long du bourgeon polypiforme une sonde qui ressort dans la lumière du segment sous-strictural (V. pl. II.). Celui-ci est trois fois moins volumineux : sa muqueuse est d'aspect normal, sans ulcérations. On comprend alors comment s'est produit le rétrécissement ; il est dû surtout à ce que la tumeur développée au niveau de l'insertion mésentérique de l'intestin grêle a refoulé devant elle l'intestin, produisant ainsi une brusque coudure à angle aigu. De plus, il existe un gros bourgeon, bien visible sur la planche II, qui contribuait aussi beaucoup à l'oblitération presque complète de la lumière de l'intestin.

A la coupe, la tumeur est dure, sa surface de section est blanc jaunâtre, avec des foyers de nécrose et d'hémorragies interstitielles.

Examen histologique. — Nous avons fait des coupes sur des fragments multiples prélevés dans l'épaisseur même de la tumeur, au niveau du bourgeon saillant sous la muqueuse, au niveau des nodules disséminés sur la séreuse.

A un grossissement moyen (fig. 2, pl. IV), 350 fois on voit que le néoplasme est constitué par des cellules fusiformes, à noyaux très volumineux, très colorés, quelquefois en division indirecte ; ces cellules entre mêlées dans différents sens forment la trame de la tumeur ; les vaisseaux sont dépourvus de paroi propre, creusés au milieu des cellules néoplasiques ; on voit bien cette disposition sur la planche II ; entre les cellules fusiformes, on rencontre un lacet de fibrilles très minces, colorées fortement en rouge par le van Gieson. Enfin, on trouve çà et là, perdues au milieu des cellules fusiformes prédominantes, de grandes cellules aplaties, à noyaux volumineux, le plus souvent en division indirecte ; certaines de ces grandes cellules sont multinucléées. Le néoplasme ainsi constitué, infiltre toute l'étendue de la paroi intestinale ; il a tout détruit ; on ne peut plus reconnaître ni muscle, ni muqueuse ; sur les coupes, qui comprennent toute la paroi de l'intestin, on peut reconnaître cependant çà et là, du côté de la face interne, quelques culs-de-sac glandulaires, seuls débris visibles de la muqueuse intestinale.

Il s'agit donc ici d'un *sarcome fusocellulaire* de l'intestin grêle, ayant détruit complètement la paroi intestinale.

La structure histologique du bourgeon saillant sous la muqueuse est en tous points analogue à celle de la tumeur principale ; les noyaux sous-séreux présentent une structure également identique. Enfin, un petit ganglion mésentérique siégeant près du bord libre de l'intestin grêle, a été trouvé histologiquement absolument normal.

§ V. — Epithéliomas primitifs de l'intestin grêle.

1. OBS. DE MERILL RICKETS, A case of carcinoma of ileum. *Annals of Surgery*, 1894, vol. XIX, p. 472. — Femme, de 56 ans, consulta, le 21 novembre 1893, le docteur Dickinson pour une constipation rebelle avec nausées. Il y avait du météorisme et une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. La malade racontait qu'elle était très constipée depuis sa ménopause, remontant à quelques mois.

Le lendemain, 22 novembre, elle commença à avoir des vomissements fécaïoïdes. On lui donna des remèdes qui ne servirent à rien. On proposa une intervention qui fut rejetée. Il en fut ainsi jusqu'au 8 décembre 1893. A ce moment elle accepta l'intervention. Le 9 décembre 1893, opération : incision médiane sous-ombilicale. L'iléon est très distendu, rouge vineux et rempli de matières liquides. On trouva facilement la cause de l'occlusion, qui était une tumeur grosse comme une noix et siégeant sur la fin de l'iléon, à 20 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. On fit la résection de l'anse intestinale malade. La lumière de l'intestin était six fois plus grande au-dessus de la tumeur qu'au-dessous. On fit l'entérorraphie circulaire avec le bouton de Murphy. Comme l'intestin restait très dilaté au-dessus de l'anastomose, on fit une opération de ce viscère, qui ramena des matières fécales liquides. *Morte du shock*, 10 heures après.

Examen pathologique. — *Carcinome de l'intestin grêle.*

2. OBS. DE FARQUHAR CURTIS, Resection of five feet of small intestine for malignant disease. *Annals of Surgery*, 1902, t. XXXVI, p. 955. — Homme de 33 ans ; au moment de son examen par le docteur Curtis, le malade était déjà souffrant depuis quelques mois. A ce moment, il montrait des signes d'amaigrissement notable et se plaignait de douleurs très vives, surtout dans la région de l'appendice. On sentait à ce niveau une tumeur facile à palper ; plus haut, près de l'ombilic, une seconde tumeur. Pas de symptômes gastriques, pas de constipation, pas de pus ni de sang dans les matières. On fit le diagnostic probable de tumeur maligne de l'intestin.

Opération. — Le 13 mai 1902, incision dans la région iliaque comme pour trouver l'appendice ; on tombe sur une masse qui tient à l'intestin grêle. On trouve que la tumeur est située sur le jéjunum : toutes les tuniques de l'intestin sont envahies sur une étendue de 10 à 12 cent.

La tumeur est bosselée ; mais la lumière de l'intestin n'est pas rétrécie ; dans le mésentère adjacent on trouve plusieurs ganglions augmentés de volume. On fit une résection de 5 pieds d'intestin grêle et du mésentère correspondant ; on réunit par l'entérorraphie circulaire avec un bouton de *Murphy*. Guérison, mais au bout de 5 mois le malade a perdu du poids.

Examen histologique. — *Carcinome de l'intestin grêle.*

(Il y a une tumeur au-dessus de la clavicule, qui a augmenté depuis l'opération.)

3. OBS. DE KUKULA, Ueber ausgedehnte Darmresectionen. *Arch. für klin. Chir.*, 1900. Bd. LX, p. 887. — Femme de 40 ans; la malade appartient à une famille très vigoureuse. En janvier 1898, elle a commencé à souffrir d'une constipation qui nécessita l'emploi de laxatifs; puis des douleurs s'installèrent sous forme de coliques qui débutaient autour de l'ombilic et irradiaient vers la fosse iliaque gauche. Ces douleurs sont allées en augmentant, elles débutent quelques heures après les repas et durent un temps variable. Jamais de diarrhée; jamais de sang dans les selles. En juillet 1898, le médecin de la malade constata l'existence d'une tumeur dans l'hypochondre gauche et conseilla une opération. La malade refusa d'abord et ne se décida qu'en août 1898.

État actuel. — Le cœur et les poumons sont normaux. Le ventre est plat, un peu excavé, ne présente rien d'anormal à l'inspection. A la palpation, on trouve dans l'hypochondre gauche, au niveau du côlon descendant, une tumeur assez dure, cylindrique, qui s'étend sur une longueur de 8 centimètres environ, sur 4 centimètres de largeur dans la direction du côlon descendant. La surface de la tumeur est bosselée; la tumeur est un peu mobile transversalement; elle ne sent pas les mouvements respiratoires. Après l'insufflation rectale, la tumeur semble perdre la netteté de ses contours, et sa mobilité diminue.

On fait le diagnostic de *carcinome du côlon descendant*.

Opération le 26 août 1898. — Laparotomie sur le bord externe du grand droit du côté gauche; on trouve le côlon descendant absolument normal. La main introduite dans le ventre tombe sur une tumeur dure, qui sort facilement du ventre. Cette tumeur encercle une anse d'intestin grêle; sur une étendue de 8 cent., à environ 2 cent. au dessus de la première tumeur, on en trouve une seconde, grosse comme une noisette; de même au-dessous de la tumeur principale, sur une longueur de 30 cent environ, on trouve disséminées un certain nombre de tumeurs plus petites; dans le mésentère correspondant, il y a trois gros ganglions durs. On reconnaît que la tumeur la plus élevée se trouve placée à environ 8 cent. de l'angle duodéno-jéjunal. Malgré cette disposition anatomique peu favorable à la résection, on se décide à la pratiquer.

Résection de toute l'étendue de l'intestin grêle anatomique et excision cunéiforme du mésentère.

La suture est très difficile. On fait une *entéro-anastomose terminolatérale* entre le début du jéjunum coupé presque au ras de l'angle duodéno-jéjunal et le segment distal du jéjunum. L'opération fut très difficile et dura 2 h. 20 minutes. *Guérison*, après formation d'une fistule jéjunale.

Pour plus de sûreté, on laissa ouvert le bout distal du jéjunum; en y introduisant un drain.

La pièce enlevée comprend 73 cent. du jéjunum; à environ 43 cent. de la section supérieure de l'intestin, se trouve une tumeur cylindrique de 8 cent. de longueur et de 12 cent. de circonférence. La séreuse est conservée; elle est soulevée par les bosselures de la tumeur. A la coupe, on voit que la paroi intestinale, au niveau de la tumeur, est infiltrée par une masse blanc grisâtre; très molle, d'une épaisseur de 4 cent. environ. la muqueuse correspondante est rosée, d'apparence vilieuse. Au-dessus de cette tumeur se trouve un noyau plus petit, gros comme une noisette, qui a infiltré la musculaire jusqu'à la séreuse. Au-dessous de la tumeur, sur une étendue de 50 cent. environ, il y a toute une série de tumeurs qui infiltrent la paroi intestinale. Dans le mésentère se trouvent 8 ganglions mésentériques, qui paraissent infiltrés de néoplasme. On croit, d'après cet aspect macroscopique, à un sarcome de l'intestin.

Histologiquement, il s'agit de *carcinome alvéolaire*, sans aucun doute (Kukula).

La malade se porta bien jusqu'en novembre 1898 (3 mois après l'opération); à ce moment apparut une tumeur diffuse autour de la fistule jéjunale. Les symptômes de constipation et d'anorexie reparaissent.

On tente une seconde intervention.

11 décembre 1898. — Gastro-entérostomie postérieure de von Hacker. Puis on extirpe la récidue, qui siège sur le segment jéjunal fistulisé à la paroi; fermeture de ce bout d'intestin.

Drainage. — Mort, le 22 décembre 1898, de collapsus, après des symptômes d'insuffisance, de la suture du jéjunum.

Autopsie. — On trouve de gros ganglions mésentériques engorgés et deux métastases hépatiques.

L'examen histologique des métastases montre qu'il s'agissait de carcinome alvéolaire rappelant la structure de la tumeur primitive.

4. OBS. DE J. DUNCAN, Case of scirrhus of abdominal organs in a young child. *Edinburgh medical Journal* June 1886, s. 31, p. II, p. 1127. — Enfant de 3 ans et demi; reçu le 20 novembre 1885. Dix jours avant, la mère a remarqué qu'il y avait de la lourdeur des jambes et de l'abdomen; cependant l'enfant a continué à jouer et à manger régulièrement. Mais de l'œdème des jambes et du scrotum apparaît; la mère nous présente alors l'enfant. L'abdomen est distendu et tympanique à la percussion, sauf dans la fosse iliaque gauche, où il y a de la matité. On ne peut délimiter la matité hépatique. La miction est un peu douloureuse. Pouls, 80; température, normale; respiration, accélérée. Les deux tiers inférieurs du pœmon droit sont mats à la percussion; on n'entend pas de murmure vésiculaire à ce niveau. L'œdème disparaît peu à peu; le 4^{er} décembre, il est à peine marqué. L'urine ne contient pas d'albumine.

Dans les jours qui suivent, la dyspnée persiste et même augmente. On pratique, le 6 décembre, une ponction de la plèvre droite; il s'écoule 8 onces de liquide trouble. La ponction fut répétée le 11. La dyspnée persiste. On croit sentir de l'ascite dans l'abdomen. L'on pratique une ponction qui permet de ne rien revoir. Mais dans les jours qui suivent, il s'écoule par la plaie du liquide séreux d'une façon continue, si bien que, le 13, on peut pratiquer la palpation de l'abdomen, qui montre le foie dépassant le rebord costal. Le 19, l'enfant meurt avec de la diarrhée colliquative,

Autopsie. — Une anse d'intestin grêle, longue de 12 cent. environ, adhérente à la fosse iliaque gauche, est le siège d'une masse cancéreuse, dure, qui englobe toute la paroi intestinale et s'étend dans le mésentère. Il y a dans le foie trois volumineuses tumeurs métastatiques. Les deux reins contiennent des nodules cancéreux secondaires. Epanchement pleural droit; les poumons sont exempts de tout noyau secondaire.

A l'examen histologique (Dr Stalker), « microscopic section showed all the characters of scirrhus ».

5-6. OBS. DE LUBARSCH, Ueber den primären Krebs der Ileum. *Virchow's Archiv*, 1888, t. CXI, p. 280. — Homme de 49 ans. Le malade ne reste que peu de temps à l'hôpital de Breslau; il mourut rapidement avec le diagnostic de phtisie pulmonaire et tuberculose intestino-péritonéale.

Autopsie. — Dans les deux poumons, tubercules caséeux à différents stades de développement, donnant en certains points l'aspect typique de la broncho-pneumonie caséeuse, œdème du poumon gauche et emphysème des deux poumons. Pleurésie séro-purulente tuberculeuse, bilatérale. Ulcérations tuberculeuses de la trachée, de l'iléon, du côlon ascendant et descendant. Myocardite chronique scléreuse, tuberculose des ganglions mésentériques. Atrophie de la rate, du foie et du pancréas. Néphrite chronique parenchymateuse. Œdème de la pie-mère et hydrocéphalie intense. De plus, sur l'iléon, à sa partie supérieure, on trouve, en dehors des ulcérations tuberculeuses déjà signalées, toute une série de petits nodules, gros comme des pois, saillants sous la muqueuse. A la partie moyenne de l'iléon l'intestin est manifestement rétréci; il existe en ce point une tumeur, grosse comme une noix, blanchâtre à la coupe, dure et s'infiltrant dans la musculaire de l'intestin. Au-dessus de cette tumeur, on trouve une ulcération presque circulaire, dont les bords surélevés sont remplis de nodules blanc jaunâtre. Au-dessous de ce rétrécissement on rencontre encore plusieurs nodules sous-muqueux et, à 40 cent. au-dessus de la valvule de Bauhin, une tumeur grosse comme un noyau de cerise.

L'examen histologique montre que la plus grosse des tumeurs intestinales est de l'adéno-carcinome des plus nets (figures très démonstratives à l'appui); par contre, les nodules blanc jaunâtre qui entouraient l'ulcération sont constitués par des follicules tuberculeux avec nombreux bacilles. Les nodules sous-muqueux disséminés sur le reste de l'intestin

grêle présentent la structure de l'adéno-carcinome au début, développé aux dépens des glandes de Lieberkühn, comme le montre une figure très nette.

OBS. II (*ibid.*). — Homme de 52 ans, soigné à la clinique de psychiatrie pour un délire continu. Le malade a eu en 1876, et plusieurs fois depuis, de fluxions de poitrine; dans les derniers temps il aurait eu de la diarrhées

Autopsie (docteur Kauffmann, 10 mai 1886). — Cirrhose hépatique. Tuberculose pulmonaire caséuse. Artério-sclérose généralisée. Hypertrophie du ventricule gauche. Néphrite chronique interstielle. Ramollissement cérébral datant de 15 jours environ. De plus, sur l'iléon, on trouve une ulcération large comme une pièce de 50 pfennigs, à bords surélevés et s'étendant jusqu'à la tunique musculaire. Au voisinage de cette ulcération, se trouvent six nodules sous-muqueux variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un pois. La séreuse de l'intestin est recouverte de petits noyaux.

Histologiquement, les noyaux sous-muqueux sont constitués par de l'adéno-carcinome; alvéoles très nets, tapissés d'un bel épithélium cubique.

7. OBS. DE BACALOGLU, Cancer primitif de l'iléon. *Bulletins Soc. anat. de Paris*, février 1900, p. 143. — M. G..., âgé de 70 ans, entre le 23 janvier 1900 à l'hôpital Beaujon pour des douleurs dans le ventre. Depuis deux ans, il a des alternatives de constipation et de diarrhée. A deux reprises différentes il a eu des hématomés et du méléna. Il maigrit progressivement. A son entrée, le malade est cachectique, de teint jaunâtre; il a des coliques et de la diarrhée. A la palpation dans le flanc droit, au-dessous du foie et de la vésicule biliaire, on sent une petite masse dure, mobile et un peu douloureuse. Pas de ganglion sus-claviculaire; petits ganglions dans les aisselles et les aines. En outre, le malade tousse; ses crachats sont muco-purulents, et à l'auscultation on perçoit des signes cavitaires au niveau du sommet droit et des signes de ramollissement du sommet gauche. La cachexie s'accuse de plus en plus; il y a de l'œdème des jambes: le ventre est excavé, en bateau; le malade succombe quatre jours plus tard.

A l'autopsie, à part une tuberculose pulmonaire avancée, on trouve à un mètre et demi du pylore, les anses intestinales grêles agglutinées au niveau d'une tumeur ganglionnaire de la grosseur d'un marron; incisant l'intestin à cet endroit, nous avons vu que la lumière de l'iléon était en partie bouchée par une tumeur implantée sur un gros pédicule, comme un chou-fleur.

A l'examen histologique, il s'agit d'un épithélioma cylindrique qui rappelle la structure des glandes de l'intestin et qui a envahi les tuniques musculaires.

8. OBS. DE CH.-A. MORTON, Columnar epithelioma of the small intestine in a young woman, aged 23. *Trans. of the pathol. Society of London*, 1893, vol. XLIV, p. 89). — Femme de 23 ans ; la malade entra dans le service du docteur Dacre, à Bristol, pour de l'obstruction intestinale. On sentait nettement dans la fosse iliaque gauche une tumeur du volume d'une noix. Le 29 septembre 1892, on fit une incision dans la fosse iliaque gauche ; on trouve l'intestin grêle distendu au-dessus d'une masse dure, qui semble être néoplasique. Comme cette tumeur est très adhérente à la fosse iliaque, on fait simplement l'entérostomie sur l'intestin grêle. L'obstruction disparaît et la malade retourne chez elle le 4 novembre 1892 ; mais la tumeur s'accrut ; il y eut de nouveau de l'occlusion intestinale, et la malade mourut le 25 décembre 1892.

L'autopsie, faite par le docteur Freeman, montra qu'il y avait une tumeur située sur la fin de l'iléon et très adhérente à la fosse iliaque gauche. L'intestin est très rétréci par la tumeur, et il existe à l'intérieur de la tumeur une large ulcération. Des préparations histologiques montrent qu'il s'agit d'épithélioma cylindrique de l'intestin grêle.

9. OBS. DE SCHEDEL. Ueber die Resection eines Dünndarmcarcinoms. *Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. für Chirurgie*. Berlin, 1884, n° 99. — Homme de 50 ans, depuis quelques semaines le malade a remarqué l'existence, au-dessus de l'arcade de Fallope, du côté droit, d'une tumeur. Actuellement cette tumeur a le volume d'un poing d'enfant ; elle est à peine sensible, immobile, de surface lisse et rappelle tout à fait un fibrome de la paroi abdominale. Depuis 3 mois le malade se plaint de troubles digestifs avec alternatives de constipation et de diarrhée ; il y a un peu d'amaigrissement. Par le toucher rectal (sous chloroforme) on sentait une tumeur lisse, saillante dans la cavité abdominale et d'un volume certainement double de celui que l'on supposait par la simple palpation abdominale. On ne pouvait déterminer si la tumeur tenait à l'intestin. Le malade refusa d'abord l'intervention, puis y consentit.

Opération le 18 juin 1883. — On vit alors que la tumeur qui infiltrait la paroi provenait d'une anse intestinale : on réséqua le péritoine tout autour de la tumeur et on put sortir celle-ci de l'abdomen ; le mésentère correspondant était infiltré de durs ganglions. Résection d'un segment de 20 centimètres d'intestin grêle ; entérorraphie circulaire. Fermeture sans drainage, guérison rapide. Le malade sort guérit 4 semaines après l'opération, ayant engraisé de 12 livres.

La tumeur enlevée siège sur une anse d'intestin grêle, dont elle remplit partiellement la lumière ; la tumeur adhérait intimement au péritoine pariétal.

Examen histologique. — Adéno-carcinome (Drüsenkrebs).

En septembre 1883, le malade a engraisé de 30 livres. Le 28 mars

1884, le malade, affaibli, revient consulter, parce qu'il souffre de constipation. A la palpation, on ne sent rien d'anormal au niveau de la résection.

On voulut faire un anus contre nature ; incision verticale entre la crête iliaque et le rebord costal, à trois travers de doigt au devant de l'épine iliaque antéro-supérieure-droite. On put sentir ainsi une bride qui était la cause de l'occlusion intestinale. Section de cette bride. Fermeture du ventre. Malheureusement, 4 jours après, broncho-pneumonie, qui emporta le malade 2 jours après.

A l'autopsie on constata qu'il n'y avait nulle part trace de récidive.

40. OBS. DE HAHN. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1897, p. 674. — Homme de 66 ans. Depuis 15 ans le malade souffre de catarrhe intestinal. La maladie actuelle a débuté en septembre 1896. A ce moment apparurent des coliques, de la constipation, de l'anorexie, du météorisme. Les vomissements étaient fréquents. En avril 1897, le malade a maigri de 50 livres. Depuis lors l'amaigrissement a encore augmenté, et les coliques et la constipation sont devenues permanentes.

Le malade est apyrétique ; les organes thoraciques sont sains. La soif est vive, la langue rouge, sèche ; *ex ore fœtor*. Anorexie complète. On donne le repas d'épreuve, qui est digéré complètement ; HCl libre dans le suc gastrique ; l'estomac insufflé est de dimensions normales ; l'abdomen est légèrement distendu, le foie a ses dimensions normales ; on ne peut sentir de tumeur par la palpation ; on voit sous la paroi le péristaltisme intestinal exagéré. En l'espace de quelques minutes, il se forme dans la région iléo-cæcale, une grosse tumeur, qui bientôt disparaît avec un bruit de gargouillement. L'arrêt des matières et des gaz est complet depuis 24 heures. Rien d'anormal au toucher rectal. On donna au malade une grande quantité d'huile de ricin qui amena une débâcle de matières fécales. L'état général s'améliora, mais cependant les coliques très douloureuses persistèrent.

Opération. — Incision médiane mésogastrique ; on voit des anses intestinales grêles dilatées et rouges ; un peu de liquide ascitique ; il existe des nodules sous-séreux disséminés sur ces anses grêles. On arrive sur un point où l'intestin est envahi circulairement par une tumeur ; les ganglions mésentériques correspondants sont envahis et gros comme des noix ; la tumeur, de consistance dure, rétrécit de deux tiers le calibre de l'intestin grêle ; au-dessous il existe encore une dilatation marquée de l'intestin grêle ; on arrive en le dévidant sur une seconde tumeur qui présente les mêmes caractères que la première et rétrécit l'intestin grêle plus encore que la première. On se décide à faire l'entéro-anastomose latéro-latérale avec le bouton de Murphy, entre le segment sus-strictural de l'intestin grêle et l'anse placée au-dessous du rétrécissement.

L'opération a duré 1 heure un quart. Le malade mourut de shock dans les dix heures.

Diagnostic anatomique. — Multiple stricturien de Carcinome des Dünndarms.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I. — Pièce de l'observation personnelle (II). On voit l'aspect bosselé de la tumeur et sa coloration noirâtre en certains points, due à des hémorragies interstitielles. Le segment sus-strictural de la tumeur est dilaté, le segment sous-jacent a ses dimensions normales. On voit également l'infiltration de la masse néoplasique dans l'épaisseur du mésentère.

PLANCHE II. — La même pièce ouverte. Une sonde est passée de la dilatation sus-stricturale dans le bout efférent ; on aperçoit au niveau du point rétréci un bourgeon sarcomateux saillant, polypiforme.

PLANCHE III. — *Fig. 1.* — Coupe du néoplasme de l'observation personnelle I ; vue à un faible grossissement (7 fois). On voit l'infiltration diffuse de la paroi par le sarcome ; les différentes tuniques de l'intestin sont encore reconnaissables.

Id. — *Fig. 2.* — Même coupe, vue à un plus fort grossissement (150). Les cellules rondes sarcomateuses infiltrent le tissu conjonctif environnant ; il n'y a pas de réticulum, mais un aspect pseudo-réticulé.

PLANCHE IV. — *Fig. 2.* — Même coupe, vue à un très fort grossissement (500). On voit l'aspect général des cellules rondes sarcomateuses ; les noyaux de quelques-unes sont très vivement colorés ; dans certaines, il existe également un corpuscule juxta-nucléaire ; on voit là encore l'absence de réticulum.

Id. — *Fig. 2.* — Coupe de la tumeur représentée sur les planches I et II ; c'est l'aspect ordinaire du sarcome fuso-cellulaire : les cellules fusiformes prédominent ; il existe, en outre, des grandes cellules conjonctives à noyaux multiples, ou en division indirecte ; en bas et à droite, on aperçoit une lacune vasculaire, sans paroi propre.

TABLE DES MATIÈRES

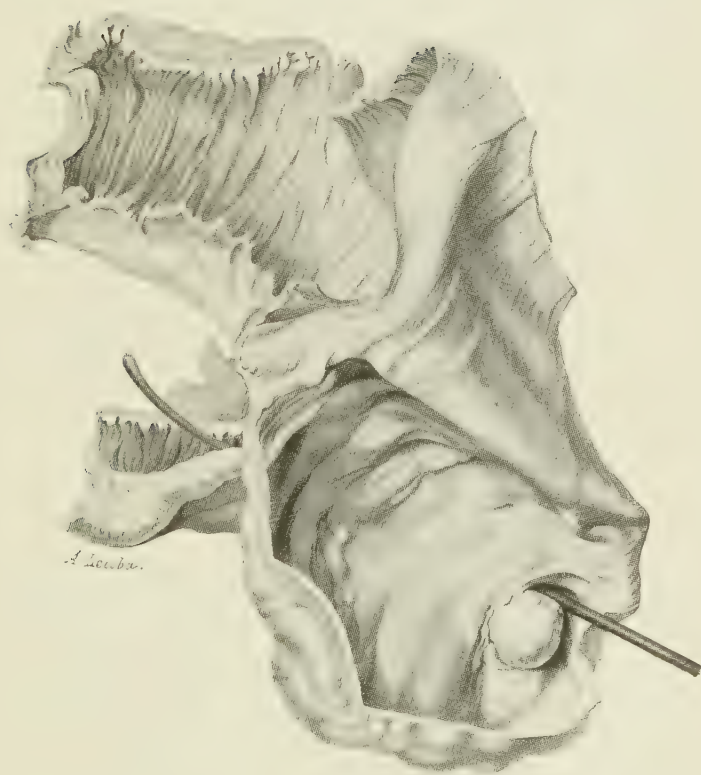
	Pages
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE. — <i>Sarcomes de l'intestin grêle.</i>	
Anatomie pathologique.	11
Histologie pathologique	22
Étiologie et pathogénie.	31
Étude clinique	35
Traitement	55
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Épithéliomas de l'intestin grêle.</i>	
Anatomie pathologique.	70
Étude clinique	73
Traitement	76
CONCLUSIONS	79
OBSERVATIONS	81
EXPLICATIONS DES PLANCHES.	163

Vu :
Le Président de la thèse,
 F. TERRIER.

Vu :
Le Doyen,
 M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
 L. LIARD.





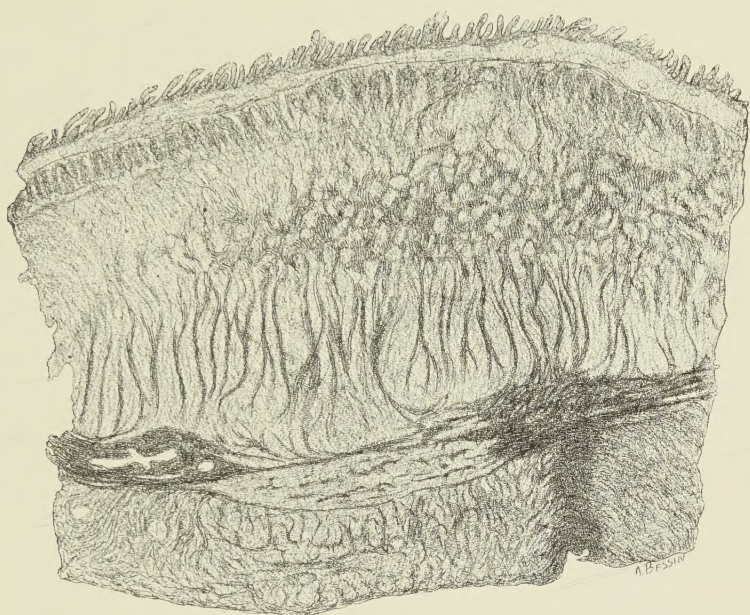


FIG. 1.



FIG. 2.



FIG. 1.



FIG. 2.

